

Les comportements de résolution de problèmes et l'engagement émotionnel excessif chez les couples dans la prédiction de la sévérité du trouble panique avec agoraphobie et de son traitement.

Thèse présentée
comme exigence partielle pour l'obtention
du diplôme de
Docteur *in* Philosophiæ

Par
Ghassan El-Baalbaki
ELBG01017503
Doctorat en psychologie, recherche et intervention

Université du Québec à Montréal

Août 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

*« Reste devant la porte si tu veux qu'on te l'ouvre,
Ne quitte pas la voie si tu veux qu'on te guide,
Rien n'est fermé jamais, sinon à tes propres yeux »
(Abū Hamīd bin Abū Bakr Ibrāhīm, 1145-1221 A.D)*

*À mes deux amours, mon épouse Pascale et ma fille Noémi-Nay;
À mes idoles et solides piliers, mon père Éphrem et ma mère Leila;
À mes amies les plus fidèles, ma sœur Elissar et ma sœur Rindala.*

AVANT-PROPOS

Le premier article de cette thèse (chapitre II) a été soumis à la revue *Journal of Anxiety Disorders* (Ref. ANXDIS-D-08-00157) et le second article (chapitre III) a été soumis à la revue *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Ref. CPP-0001). Les accusés de réception sont à l'appendice H.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier tous ceux et celles dont la générosité, leur passion pour la psychologie et/ou la science, leur rigueur dans le travail et leur confiance en moi, a permis la réalisation de ce projet de recherche doctorale.

Je remercie énormément mon directeur de thèse Dr Claude Bélanger, pour son écoute, ses commentaires constructifs, sa disponibilité, sa confiance en moi et ses encouragements tout le long de mon parcours doctoral.

Je remercie également Dr André Marchand, professeur au département de psychologie à l'UQAM, Dr Michel Perreault, professeur associé au département de psychiatrie à l'Université McGill et chercheur à l'hôpital Douglas, Dr Donald Baucom, professeur à l'Université de Caroline du Nord-Chapel Hill, Dr Steffany Fredman chercheure post-doctorale à l'Université de Boston, Dr Roger Marcaurelle professeur associé au département de psychologie à l'UQAM et Dr Théodora Katerelos, psychologue, pour le temps qu'ils ont accordé à la lecture et à la correction des articles scientifiques présentés dans cette thèse. De plus, je remercie Roger et Théodora comme ex-collègues étudiants qui ont entamé la collecte des données avant mon arrivée dans l'équipe et qui ont su être patients en me formant à prendre la relève sur le terrain.

Je remercie du fond du cœur Dr Jean Bégin, agent de recherche statisticien au département de psychologie de l'UQAM et le Dr Bertrand Simard, du service de consultation en analyse de données de l'UQAM, pour leurs précieux conseils et généreuse aide dans l'analyse des données de cette recherche. Merci aussi à Marie-Ève Lafleur, qui avant de devenir médecin était assistante de recherche au laboratoire d'étude sur le couple, et qui a méticuleusement fait toute l'entrée informatique des données.

Je remercie très chaleureusement aussi, ma collègue étudiante Ariane Lazaridès et Dr Janie Sarazin, psychologue, pour leur travail consciencieux de cotation des entrevues de couple de cette recherche.

Je voudrais aussi montrer ma reconnaissance envers les thérapeutes qui ont donné les traitements avec professionnalisme et rigueur, je ne pourrai les nommer tous; envers Dr Stéphane Guay, psychologue et professeur au département de criminologie de l'université de Montréal, qui a été au cœur du développement du programme d'intervention pour les couples utilisé dans cette thèse. Mes remerciements vont aussi à Dr John Pecknold, psychiatre, professeur à l'université McGill et Directeur de la clinique des troubles anxieux de l'hôpital Douglas, et Dr Nicole Mainguy, psychiatre et ex-directrice de la clinique en intervention cognitivo-comportementale de l'hôpital L.H. Lafontaine, pour l'apport de leur expertise à l'évaluation psychiatrique des participants; envers tous les participants et leurs conjoints qui ont eu l'amabilité de collaborer à ce projet de recherche.

Je tiens encore à remercier les personnes les plus chères à mon cœur, sans qui je n'aurais probablement pas entamé et achevé ce parcours doctoral : mon père Éphrem et ma mère Leila qui ont toujours cru en moi et qui m'ont transmis leur amour de la connaissance, de la réflexion et de l'accomplissement, mon épouse Pascale pour son soutien, sa compréhension, sa patience et ses encouragements, mon bébé Noémi Nay qui par son premier cri m'a donné l'énergie nécessaire pour faire le dernier mille, mes sœurs Elissar et Rindala et leurs époux John et Eid pour leur soutien inconditionnel de mes choix, ma tante Najoie, son époux Richard et leurs fils Alain et Serge qui m'ont accueilli et guidé à mon arrivé au Québec il y a 8 ans.

Finalement j'aimerais remercier mes concitoyens québécois et canadiens qui m'ont adopté, qui m'ont ouvert la porte de la connaissance et de la recherche, et qui m'ont offert un pays où il fait bon vivre.

Merci pour tout.

TABLES DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiii
LISTE DES FIGURES.....	xv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	xvii
RÉSUMÉ	xvii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
Introduction.....	2
Le trouble panique avec agoraphobie	3
Définition et description	3
Prévalence	4
Comorbidité	4
Coûts économiques et sociaux	5
Facteurs de risque et facteurs déclencheurs	5
Le TPA dans le couple.....	6
Les relations interpersonnelles et la relation conjugale des personnes atteintes du TPA.....	6
Les modèles conjugaux du TPA	9
<i>L'hypothèse de « la protection du partenaire supposément sain ».</i>	9
<i>L'hypothèse de l'union complémentaire.....</i>	10
<i>Le modèle de la réduction des conflits du couple.....</i>	11
<i>Le modèle stipulant que les problèmes interpersonnels sont l'effet et non la cause de l'agoraphobie.....</i>	13
<i>Le modèle du patron d'interaction agoraphobique (modèle du maintien des coûts bénéfiques).....</i>	13

L'impact de la relation conjugale sur le traitement du TPA.....	15
L'Engagement émotionnel excessif.....	19
Objet du programme de recherche doctorale.....	22

CHAPITRE II

MARITAL INTERACTIONS PREDICT PANIC DISORDER WITH AGORAPHOBIA SYMPTOM SEVERITY	26
Abstract.....	27
Introduction.....	28
PDA and Interpersonal and Problem-solving Skills	28
Emotional Overinvolvement and PDA	30
Research Hypotheses and Questions	31
Method	32
Participants.....	32
Measures	34
Procedure	38
<i>Selection of participants.</i>	38
<i>Interaction task.</i>	38
Results.....	38
General and Descriptive Results.....	39
Group Homogeneity.....	39
PDA Symptom Severity and Marital Adjustment in the Sample	40
Marital Interaction in the Sample According to the GCICS and the EOI Coding Systems	40
Preliminary Correlation Analyses of variables for Prediction Tests	41
Analyses of Marital Interaction Variables with Marital Adjustment.....	41

Analyses of Socio-economical Variables and Marital Variables	42
Analysis of Socio-economical Variables and PDA Severity	43
Correlation Analysis of Marital Variables and PDA Severity	44
<i>Marital Interaction and PDA Severity</i>	44
<i>Marital Adjustment and PDA severity</i>	44
Tests of Predictions	45
Marital Interaction Predictors of PDA Severity	45
Discussion	46
Implication and Limitations of our Study and Future Directions	50
References	52
Tables	60
CHAPITRE III	
MARITAL INTERACTIONS IN PREDICTING TREATMENT OUTCOME IN PANIC DISORDER WITH AGORAPHOBIA	69
Abstract	70
Introduction	71
Method	75
Participants	75
Measures	76
<i>Global Functioning Index (GFI)</i>	80
Procedure	82
<i>Selection of participants</i>	82
<i>Interaction task</i>	82
<i>Treatment</i>	82
Results	83
General and Descriptive Results	83

Group Homogeneity.....	83
PDA Clinically Significant Improvement After Treatment.....	84
Marital Adjustment in the Two Sub-samples Before and After Treatment	84
Marital Interaction in the Two Sub-samples According to the GCICS and EOI Before and After Treatment	85
Therapy effect on treatment outcome	86
Preliminary Analyses of Variables	87
Analysis of Socio-economical Variables and Clinically Significant Improvement (CSI) of PDA (Sub-sample 1, sub-sample without post-test interaction)	87
Preliminary Analysis of pre-test Marital Interaction Variables and Clinically Significant Improvement (CSI) of PDA (Sub-sample 1, sub- sample without post-test interaction)	87
Analysis of PDA Clinically Significant Improvement (CSI) and Marital variables' outcome (sub-sample 2, sample with post-test interaction)	88
Tests of Predictions.....	89
Pre-test Marital Interaction Variables as Predictors of PDA Clinical Significant Improvement	89
Clinically Significant Improvement of PDA Variables as Predictors of Marital Interaction Outcome.....	90
Discussion.....	91
Limits and Future direction.....	94
References.....	96
Tables.....	107
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	116
Mise en contexte	116
Résumé global des principaux résultats de ce programme de recherche Doctorale.....	117

Implications théoriques de ce programme de recherche doctorale.....	125
<i>Premier circuit : Le rapport coûts-bénéfices dans le maintien du trouble (1-2; a-b).</i>	126
<i>Deuxième circuit, combinaison : Le rapport coûts-bénéfices dans la décision de briser le patron anxieux (1-3; a-c).</i>	127
<i>Troisième circuit : Le rapport coûts-bénéfices lorsque seul le conjoint anxieux veut changer (1-3; a-b).</i>	128
<i>Quatrième circuit : Le rapport coûts-bénéfices quand seul le conjoint sans TPA exige le changement (1-2; a-c)</i>	129
Implications cliniques	130
Considérations méthodologiques	135
<i>Sur le plan procédural</i>	135
<i>Sur le plan des analyses statistiques</i>	137
<i>Sur le plan de la validité interne</i>	137
<i>Sur le plan de la validité externe,</i>	137
Pistes de recherches futures	138
Figures	141
LISTE GLOBALE DES RÉFÉRENCES.....	144
APPENDICE A	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT AVEC TPA.....	163
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CONJOINT SANS TPA	167
APPENDICE C	
QUESTIONNAIRE SUR LES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	171
APPENDICE D	
QUESTIONNAIRES SUR LES SYMPTÔMES DU TPA	176
Questionnaire sur les sensations physiques (QSP)	177

Questionnaire sur les pensées phobiques (QPP).....	178
Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA)	179
inventaire d'anxiété de beck (BAI).....	181
Index de sensibilité à l'anxiété (ISA).....	182
Inventaire de dépression de beck (BDI).....	183

APPENDICE E

QUESTIONNAIRES MARITAUX ET GRILLES DE COTATIONS COMPORTEMENTALES	185
Échelle d'ajustement dyadique-IV.....	186
Questionnaire sur les sources d'accord et de désaccord	187
Système Globale de Cotation des Interactions Conjugales (S.G.C.I.C). ..	189
Observational Coding System for Emotional Overinvolvement (EOI) ..	1900

APPENDICE F

PROTOCOLE DU TRAITEMENT STANDARD.....	1911
---------------------------------------	------

APPENDICE G

PROTOCOLE DU TRAITEMENT COMBINÉ	207
---------------------------------------	-----

APPENDICE H

ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES DEUX ARTICLES	226
--	-----

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II

Table 1	
Descriptive Analysis of PDA Symptom Severity in the Sample.....	61
Table 2	
Intercorrelations of GCICS dimensions between PDA and NPDA partners	62
Table 3	
Correlations of PDA Severity and Socio-economical Variables	63
Table 4	
Correlations of Marital Interaction Variables (GCICS and EOI) and PDA Severity	64
Table 5	
Correlations of Marital Adjustment and PDA Severity.....	65
Table 6	
Hierarchical Regression Analysis for Interaction Marital Variables Predicting PDA symptom severity (N=65)	66

CHAPITRE III

Table 1	
Descriptive statistics of socioeconomic variables.....	108
Table 2	
Intercorrelations of SGCIC dimensions at pre-test and post-test between PDA spouse and NPDA partner.....	109
Table 3	
Repeated measures ANOVA for treatment effect (pre-test and post-test).	110
Table 4	
Correlations of Marital Interaction Variables (SGIC and EOI) at pre-test and clinically significant improvement (CSI) on PDA after treatment.	111
Table 5	
Hierarchical Regression Analysis for pre-test Interaction Marital Variables Predicting PDA clinical significant improvement after treatment (N=56)	112

Table 6

Hierarchical Regression Analysis with stepwise selection for PDA clinical significant improvement variables as predictors of Marital interaction outcome after treatment ($N=37$)	113
---	-----

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE IV

Figure 1	
Modèle Théorique global de l'Évolution du TPA dans le Couple.....	142
Figure 2	
Arbre de Décision Pour l'Évaluation et le Traitement du TPA Dans le Couple	143

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACQ	Agoraphobic Cognitions Questionnaire
ADIS-IV-L	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Lifetime Version
ANOVA	Analysis Of Variance
APA	American Psychiatric Association
ASI	Anxiety Sensitivity Index
BDI	Beck Depression Inventory
BSQ	Body Sensations Questionnaire
CBT	Cognitive-Behavior Therapy
CSI	Clinically Significant Improvement
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EE	Expressed Emotion
EEE	Engagement Émotionnel Excessif
EOI	Emotional Overinvolvement
GCICS	Global Couple Interaction Coding System
GFI	Global Functioning Index
MIA	Mobility Inventory for Agoraphobia
NPDA	Non Panic Disorder with Agoraphobia spouse
PDA	Panic Disorder with Agoraphobia
QSAD	Questionnaire for the Sources of Agreement and Disagreement
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TCTPA	Thérapie Conjugale pour le Trouble Panique avec Agoraphobie
TPA	Trouble Panique avec Agoraphobie

RÉSUMÉ

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) touche près de 2 pour cent de la population annuellement. Plusieurs facteurs de risque sont répertoriés et parmi eux nous trouvons les stressseurs interpersonnels et particulièrement les problèmes conjugaux. Les traitements psychologiques et pharmacologiques ne sont pas toujours efficaces. Vingt-cinq pourcent des individus souffrant de trouble panique avec agoraphobie ne répondent pas aux antidépresseurs et 26 à 40 pour cent ne s'améliorent pas significativement suite à une thérapie cognitivo-comportementale. Dans l'objectif de mieux comprendre les facteurs conjugaux qui peuvent influencer l'évolution de ce trouble, la présente thèse explore les liens entre d'une part les patrons d'interaction conjugale observables dans une situation de résolution de problème et d'autre part la sévérité du TPA avant le traitement et la réponse au traitement psychologique. Les résultats des analyses tirées de l'observation de 65 couples dont l'un des conjoints est atteint de TPA, indiquent que la présence de patrons d'interaction négatifs, avant toute intervention psychothérapique, est liée à une symptomatologie plus sévère et qu'elle prédit une plus faible réponse au traitement psychologique. La présence de patrons d'interaction positifs est liée à une symptomatologie moins sévère, mais n'a pu prédire la réponse au traitement. Par ailleurs, on observe que l'amélioration de la symptomatologie après le traitement est liée à une détérioration des patrons d'interaction du conjoint sans TPA. Les résultats sont discutés dans les deux articles qui forment cette thèse. Un modèle théorique global de compréhension des patrons de comportements pathogènes et dyadiques des couples dont l'un des conjoints souffre de TPA est proposé au dernier chapitre du présent ouvrage.

Mots-clés : Trouble panique, agoraphobie, relations conjugales, relations interpersonnelles, couples, observations comportementales, expression des émotions, thérapie cognitive et comportementale, entraînement à la communication et à la résolution de problèmes.

CHAPITRE I
INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction

Dans une recension récente et critique des écrits sur les relations conjugales et le traitement du trouble panique avec agoraphobie (TPA), Marcaurelle, Bélanger et Marchand (2003) ouvrent des pistes de recherche intéressantes quant aux prédicteurs concernant cette problématique. Le TPA affecte l'individu, la famille et la société tant au niveau des coûts matériels (sur-utilisation des soins de santé, incapacité de travailler, dépendance financière) que psychologiques (dépendance, sentiment d'invalidité) et soulève encore plusieurs questionnements quant à son étiologie et à son traitement. A ce jour, le traitement psychologique le plus efficace est le traitement cognitivo-comportemental dont les taux de succès estimés varient entre 66% (Roth et al., 1996) et 80% (Barlow & Lehman, 1996). Cette variabilité dans les taux de succès pourrait être en partie expliquée par certaines variables conjugales. Toutefois, les recherches qui ont tenté d'élucider le rôle des variables interpersonnelles et conjugales dans le développement et le maintien du TPA avancent des résultats disparates et peu concluants.

Le premier article (Chapitre II) de cette thèse doctorale a pour objectif premier de mettre en lumière le lien entre certaines variables conjugales, observables lors d'une interaction de résolution de problème entre les deux conjoints, et la sévérité du TPA avant toute intervention thérapeutique. Le deuxième article (Chapitre III) met en lumière deux choses : (a) l'impact des variables conjugales sur les résultats du traitement et (b) l'effet du traitement du TPA sur la dynamique conjugale. Toutefois, avant de présenter les résultats de cette recherche, nous commencerons par une introduction générale de la problématique en définissant et en mettant en contexte les différentes variables d'intérêt.

Le Trouble panique avec agoraphobie

Définition et description

L'attaque de panique est une poussée d'anxiété soudaine très intense, qui ressemble à un sentiment brutal de grande peur, et survient généralement de façon inattendue. Elle est accompagnée par au moins quatre des symptômes suivants : (1) palpitations ou tachycardie, (2) transpiration, (3) tremblements, (4) souffle court, (5) sensation d'étouffement, (6) douleur thoracique, (7) nausée ou douleur abdominale, (8) étourdissement, vertige ou perte d'équilibre, (9) sentiment de dépersonnalisation ou d'irréalité, (10) peur de perdre le contrôle ou de devenir fou, (11) peur de mourir, (12) paresthésie et (13) frissons ou bouffées de chaleur (American Psychiatric Association, 1994). Le caractère incompréhensible et imprévisible des sensations ressenties, l'impossibilité d'identifier le danger pressenti et de s'en défendre, la peur de ne pas pouvoir être secouru, peuvent être générateurs d'une anxiété anticipatoire permanente. Cette anxiété anticipatoire va devenir un facteur gênant pour la personne dans ses activités quotidiennes et peut réduire son autonomie et son champ de déplacement. Quand elle n'a pas l'assurance de pouvoir facilement fuir ou être secouru, la personne va éviter les endroits ou les situations où il pourrait avoir une crise. Ces endroits ou situations incluent entre autres le fait d'être seul loin de la maison, être dans une foule ou attendre en file, traverser un pont, prendre le bus, le train ou le métro et conduire une automobile (American Psychiatric Association, 1994). La personne affectée cherchera à être rassurée par la présence d'une personne, à proximité, pour la protéger et lui venir en aide en cas de nécessité. Elle peut aussi adopter l'utilisation d'objets qu'elle considère

comme sécurisants (téléphone mobile, sac en papier, bouteille d'anxiolytiques etc.). L'appréhension de vivre d'autres attaques de panique — la peur d'avoir peur — et le comportement d'évitement lié aux situations qui peuvent potentiellement les générer se nomme agoraphobie. Ainsi un individu qui souffre d'attaques de panique récurrentes et qui fait de l'évitement par anticipation, est une personne qui souffre de trouble panique avec agoraphobie (TPA).

Prévalence

La prévalence à vie du TPA varie entre 1,5 % et 6% de la population (American Psychiatric Association, 1994; Wittchen & Essau, 1993). Le trouble atteint deux fois plus de femmes que d'hommes (White & Barlow, 2004) et plus de 80% de ces femmes sont mariées et sont sans emploi (Marchand, Comeau, & Trudel, 1994). La parenté biologique du premier degré à une personne souffrant de trouble panique augmente de quatre à sept fois les risques de développer le trouble (American Psychiatric Association, 1994).

Comorbidité

Le TPA est souvent accompagné d'une ou de plusieurs autres morbidités psychiatriques. Nous trouvons souvent en comorbidité à l'axe I selon la classification du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la dépression (30%), l'abus d'alcool ou de substances non prescrites (15%) (Marcaurelle et al. 2003), l'anxiété généralisée et la phobie sociale (Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish, & Klerman, 1989). On voit souvent à l'axe II, un trouble de personnalité évitante et/ou dépendante.

Coûts économiques et sociaux

Comparés aux patients non psychiatriques, les personnes souffrant de TPA utilisent cinq à huit fois plus les services de soins de première ligne (Salvador-Carulla, Segui, Fernandez-Cano, & Canet, 1995) et engendrent, aux États-Unis, un coût moyen annuel de consultations en première ligne de \$2,444 par personne comparé aux \$403 engendrés par une population consultant pour autre chose que le TPA (Siegel, Jones, & Wilson, 1990). Quand le TPA est comorbide avec une dépression, on rapporte une plus grande sévérité des symptômes, une plus forte détérioration dans le fonctionnement professionnel et social, et plus de tentatives de suicide (Roy-Byrne et al., 2000). De façon générale quand le TPA n'est pas traité on observe une détérioration du fonctionnement conjugal, social et vocationnel et une augmentation des absences au travail (Markowitz, et al., 1989; Siegel et al. 1990).

Facteurs de risque et facteurs déclencheurs

Comme pour la majorité des troubles psychiatriques les facteurs de risque sont biopsychosociaux. Ainsi, la transmission génétique semble être un facteur important entre les parents du premier degré atteints et leurs enfants, augmentant de quatre à sept fois les chances de développer le trouble (Crowe, Noyes, Pauls, & Slymen, 1983; Moran & Andrews, 1985). Par ailleurs, l'apprentissage par association constitue une prédisposition psychologique. En observant leurs proches atteints de TPA, les enfants peuvent développer des croyances erronées et catastrophiques vis-à-vis des symptômes physiologiques les rendant plus vulnérables, au niveau cognitif, au développement du trouble (Ehlers, 1993). Sur le plan des facteurs sociaux, le TPA se déclenche souvent à la

suite d'événements stressants, tels que le mariage, la parentalité, le deuil, la maladie physique et la grossesse. Barlow (2004), ainsi que Kleiner et Marshall (1985) montrent qu'en plus de ces événements stressants, on trouve dans 84% des cas la présence de conflits conjugaux et familiaux et des difficultés interpersonnelles graves, dans l'année qui précède la première attaque de panique. Bien que ces études soient basées sur des données rétrospectives sans comparaison à des groupes contrôle, nous pouvons néanmoins déduire qu'un lien entre le développement et l'évolution du TPA et les problèmes interpersonnels pourrait exister et nécessiterait d'être clarifié.

Le trouble panique avec agoraphobie dans le couple

Dans cette section, les liens entre les caractéristiques individuelles des personnes atteintes du trouble panique avec agoraphobie et l'impact sur la qualité de leurs relations interpersonnelles et conjugales seront explorés. Nous présenterons ensuite brièvement les différents modèles théoriques explicatifs de la dynamique conjugale en présence du TPA et son impact sur l'évolution de la maladie.

Les relations interpersonnelles et la relation conjugale des personnes atteintes du TPA

Hafner et Minge (1989) montrent que les personnes atteintes du TPA manifestent plus de soumission et d'inhibition et sont moins autonomes que les personnes non atteintes. Elles seraient moins confiantes et moins affirmatives (Eher et al., 2002; McCarthy & Shean, 1996), plus intropunitives (Clair, Oei, & Evans, 1992), plus irritables et plus hostiles (Fava et al., 1993). Elles ont plus souvent l'impression d'être critiquées et

sont enclines à réagir négativement à un message interpersonnel négatif. Stoler et McNally (1991) notent que les agoraphobes ont tendance à interpréter l'information en lien avec leurs appréhensions agoraphobiques comme plus menaçante, à utiliser l'évitement comme stratégie d'adaptation (Brodbeck & Michelson, 1987) et à être moins centrés sur la résolution du problème (Roy-Byrne et al., 1992). Ces limites les poussent à chercher plus de soutien auprès de leurs proches, le plus souvent le conjoint, ce qui peut épuiser les ressources de ce dernier et générer du stress interpersonnel (Chambless et al., 2002). D'ailleurs, Arrindell et Emmelkamp (1986) ainsi qu'Oppenheimer et Frey (1993) montrent que les personnes atteintes de TPA présentent autant ou plus de problèmes interpersonnels que les personnes déprimées ou atteintes d'autres troubles psychiatriques. Toutefois, ces observations sont corrélationnelles et ne permettent donc pas de savoir si le dysfonctionnement interpersonnel est l'effet ou la cause du TPA.

En ce qui concerne plus particulièrement la qualité de la relation conjugale des personnes avec TPA, les résultats des études scientifiques restent jusque là mitigés. Certains chercheurs montrent que, les personnes souffrant de TPA ont un moins bon ajustement conjugal, moins de satisfaction maritale et plus de conflits conjugaux que les personnes sans troubles psychiatriques (Fauerbach, 1992; Kleiner, Marshall, & Spevack, 1987; McCarthy & Shean, 1996). Weissman (1991) avance que, sans traitement, le TPA affecte négativement le fonctionnement conjugal et social des personnes affectées. D'autres recherches montrent que l'ajustement et la communication conjugale des personnes atteintes du TPA ressemblent plus à ceux des individus sans troubles mentaux qui se considèrent maritalement satisfaits, qu'à ceux des personnes qui ne s'estiment pas satisfaites de leur vie à deux (Emmelkamp & Gerlsma, 1994; Fisher & Wilson, 1985;

Powers, 1984). Par ailleurs, Chambless et al. (2002) ainsi qu'Arrindell et Emmelkamp (1986) ont trouvé qu'en dépit du fait que les couples dont l'un des conjoints souffre de TPA rapportent un plus bas niveau d'ajustement conjugal que les couples sans TPA, leur niveau d'ajustement était néanmoins égal ou supérieur à celui d'une population clinique de couples en détresse conjugale. En contrepartie à ces résultats obtenus à partir de tests auto-administrés, deux recherches ont de plus évalué la qualité de la relation conjugale à l'aide d'une procédure d'entrevue standardisée incluant pour certaines dimensions une cotation des interactions à l'aide de grilles d'observations comportementales. Cette analyse a porté entre autre sur les habiletés interpersonnelles de résolution de problèmes dans le couple. Dans la première étude, l'interaction conjugale paraît semblable à celle de couples exempts de troubles mentaux et aucun lien entre la symptomatologie du TPA et la qualité de la relation conjugale n'a été trouvé (Buglass, Clarke, Henderson, Keitman, & Presley, 1977). La mesure a porté sur la distribution des tâches domestiques, sur les prises de décisions dans le couple et sur la qualité de l'échange entre les conjoints. Dans l'autre étude Fauerbach, (1992) montre par contre que les couples dont l'un des partenaires était agoraphobe avaient une plus forte tendance à la réciprocité négative dans leurs interactions conjugales que les couples sans TPA, et que la présence du TPA dans le couple est inversement liée à la qualité de la relation conjugale.

Dans une récente étude menée auprès de 67 couples dont l'un des conjoints souffre de TPA, Marcaurelle, Bélanger, Marchand, Katerelos et Mainguy (2005) ont trouvé qu'un plus faible ajustement conjugal rapporté par les deux conjoints, en utilisant des tests auto-administrés, prédit chez la personne atteinte du TPA plus de sévérité en termes de pensées catastrophiques, de peur des conséquences de l'anxiété et peur des

sensations physiques. De plus, ces mêmes chercheurs montrent a) que la sévérité clinique du TPA et de la dépression comorbide est plus importante quand le conjoint agoraphobe est moins confiant en ses capacités de résolution de problèmes, et b) qu'une moindre implication de la part de l'agoraphobe dans les activités de résolution de problèmes prédit une plus grande intensité de la peur des sensations physiques et des conséquences de l'anxiété.

Ainsi, nous pouvons conclure que certains liens existent entre d'une part les habiletés interpersonnelles et la qualité de la relation conjugale, et d'autre part la présence du TPA chez l'un des partenaires. Toutefois ces liens nécessitent encore d'être explorés afin de mettre plus au clair la dynamique conjugale susceptible d'être manifeste en présence de ce trouble. Néanmoins, plusieurs chercheurs ont tenté d'expliquer les liens entre la dynamique conjugale et la précipitation et/ou le maintien du TPA. Nous proposerons et commenterons brièvement dans ce qui suit cinq principaux modèles conjugaux du TPA issus de différents courants psychologiques et qui sont principalement fondés sur une lecture rétrospective d'études de cas.

Les modèles conjugaux du TPA

L'hypothèse de « la protection du partenaire supposément sain ». Ce modèle présume que les partenaires des personnes TPA puissent être eux-mêmes prédisposés aux troubles psychologiques. Fry (1962) suggère que le conjoint « sain », en prenant le rôle de protecteur et de fournisseur de soins envers l'agoraphobe, tire une gratification qui vient préserver son estime et le protège contre une symptomatologie latente. Ainsi selon

cet auteur l'amélioration des symptômes chez l'agoraphobe peut être perçue comme une menace par le partenaire non-agoraphobe et l'amène à adopter des comportements de résistance au changement dans le but de maintenir le trouble, noyau d'équilibre psychologique et de stabilité d'une relation malsaine. Dans une étude portant sur 33 femmes agoraphobes mariées, Hafner (1977b) rapporte des cas où l'amélioration des comportements agoraphobiques suite à une thérapie comportementale par exposition graduelle aux situations phobiques, engendre chez le partenaire sain la manifestation de troubles psychologiques (e.g. dépression, tentatives de suicide, anxiété, délires paranoïaques), ainsi qu'une augmentation de l'hostilité et de l'insatisfaction. Par ailleurs on note une amélioration chez ce dernier quand l'agoraphobe rechutait. Toutefois, les résultats des études empiriques de Buglass et al. (1977) et de Hafner (1977a) n'ont pas pu démontrer que les partenaires non agoraphobes étaient plus névrosés que les partenaires de couples sans troubles mentaux.

L'hypothèse de l'union complémentaire. Selon ce postulat qui suit la même logique que le modèle précédent, les deux partenaires se choisissent car ils trouvent chez l'un et l'autre la possibilité de tirer profit d'une dynamique basée sur la complémentarité de leurs caractéristiques individuelles (Hafner, 1977a). Dans certains cas, cette dynamique peut être pathogène. Ainsi dans une dynamique agoraphobique, la femme agoraphobe, dépendante, recherche une protection de type parental auprès de son conjoint dominant. Ce dernier se sent valorisé par le fait de prendre en charge et de protéger sa partenaire, et par conséquent se sent menacé par la diminution de l'agoraphobie et l'augmentation de l'indépendance chez celle-ci (Goodstein & Swift, 1977; Hafner, 1977a; Hand & Lamontagne, 1976).

Il est à noter que même si les résultats des études que nous venons d'exposer tendent à corroborer ces deux premiers modèles, nous ne pouvons pas les considérer comme valides et ce dû à plusieurs limites : a) sur le plan méthodologique, certaines recherches sont des études de cas rétrospectives alors que d'autres sont quasi-expérimentales, b) toutes ont des petits échantillons et c) le nombre d'études faites à cet effet reste très limité pour permettre de faire des généralisations.

Le modèle de la réduction des conflits du couple. D'après ce troisième modèle la personne agoraphobe exprimerait par sa symptomatologie le sentiment d'être coincée dans la relation conjugale, et l'agoraphobie servirait alors à régler, de façon inadéquate, le dilemme entre la rupture et le maintien du mariage chez les femmes insatisfaites conjugalement en offrant des gains secondaires (e.g. le fait de recevoir de l'attention, ne pas avoir à faire les courses) (Goldstein & Chambless, 1978). Symonds (1971) décrit selon un point de vue psychanalytique le développement de l'agoraphobie chez trois femmes mariées qui, afin d'éviter toute dispute conjugale, abandonnaient inconsciemment leurs besoins et désirs et se pliaient au point de vue de leur mari. Les peurs apparaissent alors et semblent être un moyen inconscient pour gérer leurs désirs réprimés. De plus ces peurs semblent les empêcher d'avoir des comportements de confrontation qui peuvent être interprétés comme des comportements agressifs ou impérieux. D'autres explications fondées sur l'apprentissage des rôles sexuels ont été avancées pour soutenir ce modèle (Fodor, 1974). Prise dans une relation conjugale insatisfaisante, une femme — qui manque d'assurance et qui est plus dépendante — est tiraillée entre d'une part le désir libérateur d'avoir plus d'autonomie et d'autre part l'acceptation du *statu quo* afin d'éviter les coûts potentiels associés à plus

d'indépendance et d'affirmation (e.g. rupture conjugale, se retrouver seule). Ainsi elle développe une réponse conditionnée de peur en réaction au stress qui découle de cette ambivalence. Ces comportements de peur répondent aux attentes envers le rôle féminin traditionnel et sont renforcés par l'entourage (Craske & Zoellner, 1995; Fodor, 1974; Kleiner & Marshall, 1985; Shean, 1990). Hafner (1984) montre que suite à un traitement comportemental une amélioration rapide des symptômes du TPA, de la confiance en soi et de l'affirmation de soi chez les épouses, a engendré plus de conflits conjugaux qui tournent autour des rôles sexuels et de l'autonomie de l'épouse. Pour les hommes issus de couples traditionnels, la réaction anxieuse serait déclenchée par la rupture de l'équilibre conjugal domination-soumission. Cet équilibre serait ébranlé par des tentatives de libération du moule de soumission manifesté par leurs conjointes alors que ces dernières étaient normalement introverties et craintives face aux comportements dominants et/ou hostiles qu'ils auraient envers elles. Autrement dit, face aux situations qu'il pouvait résoudre avec un comportement dominant et/ou agressif, le conjoint doit s'affirmer tout en évitant de provoquer une réaction d'affirmation menaçante de la part de sa conjointe, ce qui engendrerait un stress générant la symptomatologie (Liotti & Guidano, 1976).

Le modèle de la réduction des conflits du couple a été élaboré à partir d'études de cas provenant de psychothérapeutes psychanalytiques et d'autres d'orientation comportementale. Aucune étude quasi-expérimentale n'a, à notre connaissance, été conduite afin de le soutenir. Il reste néanmoins un modèle intéressant à explorer pour la compréhension de l'étiologie du TPA dans un contexte conjugale et de la dynamique de cette dernière en présence du trouble, car il met en lumière deux nouvelles variables, les traits de personnalité des agoraphobes et les rôles sexuels.

Le modèle stipulant que les problèmes interpersonnels sont l'effet et non la cause de l'agoraphobie. Ce quatrième modèle, proposé par Hafner (1986) appuyé par les données d'une recherche empirique de Hoffart (1997), montre que la dépendance de l'agoraphobe envers les personnes proches de lui engendre une tension dans les relations interpersonnelles intimes. Cette tension peut s'intensifier en présence d'affects dépressifs et anxieux. Les symptômes de difficultés interpersonnelles et conjugales devraient donc, diminuer lorsque les symptômes du TPA disparaissent ou diminuent. Ces difficultés peuvent possiblement influencer sur la réponse au traitement. Toutefois, le modèle de Hafner ne peut expliquer les résultats de plusieurs recherches qui montrent qu'une diminution des symptômes du TPA peut, au contraire, occasionner une augmentation des difficultés conjugales (Marcaurelle et al., 2003).

Le modèle du patron d'interaction agoraphobique (modèle du maintien des coûts bénéfiques). Des chercheurs de notre laboratoire (Marcaurelle, 2004) postulent que les couples dont l'un des conjoints souffre de TPA, en tirent des bénéfices secondaires qui peuvent être des facteurs de maintien du trouble. Parmi ceux là, la modification des responsabilités (garde des enfants, tâches ménagères etc.) en faveur de l'un ou de l'autre; la valorisation et l'estime de soi du conjoint non agoraphobe à cause du rôle protecteur qui est sien; l'apport de plus d'attention de la part du conjoint non agoraphobe, qui s'interprète à défaut comme équivalent à plus d'amour. Par ailleurs, l'agoraphobie peut permettre aux conjoints de passer plus de temps ensemble, ce qui favorise l'intimité; elle peut permettre aussi d'éviter certains problèmes tels que la jalousie, les divergences au niveau des sorties etc. sans que ces problèmes ne soient résolus pour autant.

D'après ces auteurs, même si le maintien de la maladie amène des bénéfices secondaires, il reste cependant associé à des coûts. Moins autonome, l'agoraphobe peut développer un sentiment d'endettement envers son conjoint ainsi qu'une peur d'être jugé négativement par ce dernier. Ceci peut engendrer chez l'agoraphobe une faible estime de soi et le pousser à faire plus de compromis et à éviter les conflits.

Pour le conjoint, la situation peut devenir accablante et entraîner un sentiment d'impuissance, ainsi qu'une perte d'espoir de retrouver la situation antérieure au trouble. Une distanciation entre les deux conjoints peut avoir lieu, conséquemment à l'accumulation de frustrations. La rupture de ce patron est très difficile, et peut être vécue comme dangereuse et insécurisante, car les conjoints sont confrontés au fait de devoir se réadapter à un nouveau fonctionnement dyadique.

Bien qu'il soit très cohérent, ce modèle n'a aucune corroboration empirique et il a été développé comme modèle de compréhension de la dynamique conjugale en présence du TPA à partir des quatre modèles précédents.

La diversité des hypothèses explicatives que nous trouvons dans les écrits actuellement et que nous venons d'exposer ne semblent toujours pas rendre compte, de façon adéquate, des liens entre le TPA et la relation conjugale. Une analyse et une mise en relation plus holistique des variables en jeu, ainsi que des observations basées sur la recherche empirique doivent être faites pour une meilleure compréhension de la problématique.

L'impact de la relation conjugale sur le traitement du TPA.

Depuis la dernière décennie, plusieurs études ont examiné la relation conjugale comme facteur de pronostic dans le traitement du TPA. Sept études montrent qu'une relation conjugale satisfaisante avant la thérapie prédit une meilleure réponse au traitement du TPA au post-test ou durant les cinq années qui suivent la thérapie (Bland et Hallam, 1981; Hafner, 1976; Hudson, 1974; Lelliott, Marks, Monteiro, Tsakiris et Noshirvani, 1987; Mathews, Teasdale, Munby, Johnston et Shaw, 1977; Milton et Hafner, 1979; Monteiro, Marks et Ramm, 1985). Quatre de ces études offraient une thérapie individuelle basée sur l'exposition *in-vivo*, deux études offraient en plus une médication (Hudson, 1974 et Milton et Hafner, 1979) et seule l'étude de Matthews et al. (1977) offrait une intervention incluant le conjoint comme pair aidant lors de l'exposition. Contrairement à ces recherches, douze études n'ont par contre pu corroborer ces résultats (Arrindell et Emmelkamp., 1986; Barlow et Hallam, 1981; Cerny, Barlow, Craske et Himadi, 1987; Chambless et Gracely, 1988; Cobb, Mathews, Childs-Clarke, et Blowers, 1984; Craske, Burton et Barlow, 1989; Emmelkamp, 1980; Emmelkamp et al., 1992; Himadi, Cerny, Barlow, Cohen et O'Brien, 1986; Peter et Hand, 1988; Thomas-Peter et al., 1983, Marcaurelle et al. 2004). Huit de ces études ont évalué le traitement comportemental individuel. Deux de ces études ont, en plus du traitement comportemental, évalué un traitement par exposition où le conjoint agit comme pair aidant lors des expositions (Cobb et al., 1984; Emmelkamp et al., 1992). Trois études ont utilisé la thérapie cognitive avec la présence du conjoint comme pair aidant lors de l'exposition (Barlow et Hallam, 1981; Himadi et al., 1986; Craske, Burton et Barlow, 1989) et une recherche a étudié deux modalités de traitement, la thérapie cognitivo-

comportementale (TCC) individuelle et une thérapie combinant la TCC avec un entraînement à la communication et la résolution de problèmes dans le couple en présence du conjoint (Marcaurelle et al., 2004).

Dans une méta-analyse Daiuto, Baucom, Epstein et Dutton (1998) concluent que les résultats des recherches empiriques portant sur le lien prédictif entre l'ajustement conjugal et la réponse au traitement du TPA, sont controversés. D'après ces chercheurs des limites d'ordre méthodologiques et conceptuelles seraient à l'origine de la disparité des résultats : a) les mesures utilisées pour évaluer la satisfaction conjugale sont différentes d'une étude à l'autre, b) plusieurs études ont de très petits échantillons et c) certaines de ces études ont utilisé des mesures non validées. Marcaurelle et al. (2003) notent que des limites méthodologiques en lien avec l'homogénéité des données dans les 21 études qui traitent de ce sujet, font en sorte que la méta-analyse de Daiuto et al. (1998) ne tient compte que de huit d'entre elles. Par ailleurs, ces résultats controversés peuvent aussi être dus au fait qu'une évaluation de la satisfaction conjugale chez les agoraphobes, où les partenaires répondent à des questionnaires papier-crayon, soit biaisée à cause de leur tendance à nier l'existence de problèmes. En effet, Marcaurelle et al. (2003) rapportent six études qui suggèrent que les couples avec un conjoint TPA ont tendance à sous-estimer, éviter ou nier les problèmes. Finalement, la durée des traitements utilisés dans les études varie et certaines de ces études ne comportent pas de mesures à la relance pour vérifier les taux de rechute.

Même si nous n'avons pas encore assez de données concluantes pour trancher quant à l'effet de la qualité de la relation conjugale sur l'évolution du TPA après un

traitement, plusieurs indicateurs pointent vers l'existence d'un lien entre ces deux variables. Qu'en est-il alors de l'impact du traitement du TPA sur la relation conjugale?

L'impact du traitement du TPA sur la relation conjugale

Quoique sept études montrent une augmentation significative de la satisfaction conjugale à la suite du traitement du TPA (Bland et Hallam, 1981; Cobb, McDonald, Marks et Stern, 1980; Cobb et al., 1984; Himadi et al., 1986; Kleiner, Marshall et Spevack, 1987; Lelliott et al. 1987; Monteiro, Marks et Ramm, 1985), trois études montrent une amélioration partielle de celle-ci (Arrindell, Emmelkamp et Sanderman, 1986; Barlow, Mavissakalian et Hay, 1981; Hand et Lamontagne, 1976) et six ne montrent aucun effet sur l'ajustement conjugal (Emmelkamp, 1980; Emmelkamp et al. 1992; Hafner, 1976, Hafner, 1977a; Hafner 1977b; Milton et Hafner, 1979). Notons que l'étude de Cobb et al. (1980) offrait une thérapie maritale et une exposition assistée par le conjoint, et celle de Kleiner, Marshall et Spevack (1987) offrait en plus d'une thérapie individuelle par exposition, un programme d'entraînement à la résolution de problèmes adressé aux agoraphobes seulement. Toutes les autres études que nous venons de citer utilisaient un traitement individuel par exposition ou un traitement par exposition avec le conjoint comme pair aidant.

Daiuto, Baucom, Epstein, et Dutton, (1998) et Marcaurelle, Bélanger, et Marchand (2003) supposent que l'amélioration de la symptomatologie du TPA peut entraîner une augmentation des conflits conjugaux et des problèmes relationnels. Cet impact négatif sur la relation conjugale, imputable au traitement, peut entraîner l'abandon de la thérapie et/ou la rechute. Milton et Hafner (1979), notent que six mois après la fin

de la thérapie on remarque un niveau inchangé de la satisfaction conjugale chez les couples insatisfaits à l'origine et une augmentation de la satisfaction conjugale chez l'agoraphobe satisfait à l'origine, mais n'observent pas de changements chez le conjoint. Par ailleurs, l'amélioration de l'agoraphobe serait intimement liée à la capacité d'adaptation de son partenaire aux changements induits par la thérapie. Ce genre de partenaire, faciliterait et encouragerait les efforts du patient. Inversement, si les changements sont perçus comme indésirables, le partenaire entravera le cours de la thérapie par sa résistance aux changements.

Théoriquement, la participation du conjoint comme co-thérapeute, ou en tant qu'administrateur de soutien actif, permettrait de modifier certaines attitudes favorisant le maintien de la pathologie et favoriserait l'empathie, et préviendrait donc les effets négatifs mentionnés plus haut. Les résultats des études comparatives sont là aussi contradictoires. Marchand et Comeau (1992) et Marchand, Boisvert, Beaudry, Bérard et Gaudette (1985), ne rapportent aucune différence entre les deux types d'interventions (avec ou sans conjoint). Alors que Barlow, O'Brien et Last (1984) rapportent que le traitement impliquant le partenaire est plus efficace que le traitement traditionnel. Cerny, Barlow, Craske et Himaldi (1987), avancent que l'exposition en présence du conjoint diminue davantage les symptômes que l'exposition sans accompagnement, et que l'implication du conjoint augmente l'efficacité à la relance mais pas au post-test. De plus, selon eux un ajustement marital faible au pré-test peut prédire une plus grande anxiété lors de l'exposition accompagnée.

Selon Craske, Burton et Barlow (1989), l'amélioration en présence du conjoint comme co-thérapeute ne relève pas de la simple présence du conjoint, mais d'une plus

grande motivation à faire les exercices d'exposition *in vivo*, d'une amélioration de la qualité de la communication conjugale et des habiletés de résolution de problèmes. Plus la qualité de la communication est perçue comme bonne par l'agoraphobe, moins il ressent de l'anxiété durant l'exposition. Ainsi, l'ajustement conjugal et la communication dans le couple semblent favoriser le succès de la thérapie dans la mesure où ils contribuent à diminuer l'anxiété durant les expositions. Donc, si la communication est difficile avant même le début du traitement du TPA, l'implication du conjoint pourrait ne pas donner les résultats escomptés, et même aller à l'encontre de l'objectif initial.

L'engagement émotionnel excessif

Dans ce qui suit nous allons définir l'engagement émotionnel excessif (EEE) et voir quelles sont ses répercussions sur le couple dont l'un des conjoints souffre de TPA.

Selon Leff et Vaughn (1985), l'engagement émotionnel excessif (EEE) des membres de la famille envers la maladie de leur proche (enfant, conjoint, etc.) est défini par trois catégories de comportements : a) l'intrusivité du membre de la famille et/ou ses comportements surprotecteurs ; b) Le sacrifice de soi excessif ou encore l'abnégation et c) la réponse émotionnelle exagérée (mélodramatique).

Rodde et Florint (2002) se sont penchés sur les effets de l'expression des émotions (EE) chez 32 couples dont l'un des conjoints souffre d'agoraphobie, et ils ont trouvé que les agoraphobes issus de couples avec un niveau élevé d'EE ainsi que les couples insatisfaits de leur relation avaient une meilleure réponse au traitement par exposition, que ceux issus de couples avec un faible niveau d'EE. Selon les auteurs, ces résultats — qui nous semblent surprenants — seraient dus au fait que ces couples seraient

plus concentrés sur les attributions internes, les stratégies d'adaptation actives et sur l'amélioration de leur qualité de vie. Le niveau d'expression des émotions (EE) est considéré élevé quand les proches montrent un haut niveau d'hostilité, de critique ou d'engagement émotionnel excessif (EEE) envers le patient qui est en l'occurrence leur conjoint, enfant ou membre de la famille (Fredman, Chambless, & Steketee, 2004).

Des liens entre l'anxiété chez les enfants et l'engagement émotionnel excessif de leurs parents ont été trouvés (Hirshfeld, Biederman, Brody, & Faraone, 1997; Stubbe, Zahner, Goldstein, & Leckman, 1993). Par ailleurs, des études ont tenté de prédire la réponse au traitement psychologique à partir de l'observation des comportements d'EEE. Les conclusions varient d'un trouble à l'autre : Chambless et Steketee (1999) observent plus d'abandons et de plus faibles réponses au traitement cognitif-comportemental chez les personnes souffrant de troubles anxieux (TPA et trouble obsessionnel-compulsif) dont les proches ont un engagement émotionnel excessif fort. Il en est de même pour les patients schizophrènes et les patients souffrant de troubles alimentaires dont les parents ont un engagement émotionnel excessif fort (Miklowitz, Goldstein, & Falloon, 1983; Szmukler, Eisler, Russell, & Dare, 1985). Par contre, les patients *borderline* et ceux souffrant d'alcoolisme ont de meilleurs pronostics quand l'engagement émotionnel de leurs proches est fort (Fichter, Glynn, Weyerer, Liberman, & Frick, 1997; O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart, & Cutter, 1998).

La relation entre la réponse au traitement des patients souffrant de troubles anxieux et l'expression des émotions des conjoints n'a pas été fréquemment étudiée. Peter et Hand (1988) ont évalué l'EE des conjoints de 25 patients TPA et ont trouvé que les couples dont les partenaires manifestaient une EE élevée étaient plus conflictuels, plus

critiques, avaient un affect plus négatif et étaient plus insatisfaits de leur relation conjugale que les couples avec une EE faible. Suite à un traitement du TPA par exposition graduelle avec le thérapeute, les auteurs ont trouvé que l'EE ne prédisait pas significativement la réponse au traitement au post-test, mais ils ont trouvé que les agoraphobes des couples ayant enregistré une EE plus élevée avant le traitement avaient une meilleure réponse au traitement au suivi après un à deux ans. Selon Peter et Hand (1988), les conjoints les plus critiques avant le traitement seraient enclins à tolérer moins la dépendance de leur conjoint(e) agoraphobe. Ils mettraient donc plus de pression pour amener une amélioration. Les couples avec les conjoints qui manifestent moins d'EE, auraient au contraire moins de motivation pour le changement due à la complémentarité des rôles des partenaires autour de la maladie (l'agoraphobe a besoin d'un conjoint bienveillant et aidant, et le conjoint est satisfait de la dynamique de dépendance et du mode de vie qui en découle). Il faut cependant interpréter ces résultats avec réserve car l'échantillon est très petit ($n = 25$). Hooley, Orley et Teasdale (1986) ne trouvent aucun lien significatif entre le degré de l'expression des émotions des conjoints de patients dépressifs et/ou schizophrènes, et les résultats du traitement comportemental. Les études ayant des résultats significatifs concernant les liens entre l'EE et la réponse au traitement sont souvent composées d'échantillons de dyades parent sans maladie-enfant malade et non de conjoint sans maladie-conjoint malade.

En résumé, la revue des écrits qui portent sur les liens entre le TPA et la qualité de la relation conjugale ne fait pas ressortir de relations causales, quoiqu'un lien bidirectionnel semble exister. Il n'est donc pas clair si la qualité de la relation conjugale est un facteur prédisposant, déclencheur et/ou de maintien pour le TPA. Il en est de même

de l'impact du TPA sur la dynamique conjugale. Au point de vue théorique, un éclaircissement de ces liens nous aidera, d'une part à améliorer la compréhension des facteurs étiologiques, de maintien et d'évolution de ce trouble afin de mieux le prévenir et d'autre part à prévenir une détérioration possible de la relation conjugale qui pourrait avoir un effet bénéfique sur le trouble quand elle est satisfaisante. Par ailleurs, d'un point de vue clinique, une meilleure compréhension des enjeux conjugaux pouvant affecter le trouble, permettra de perfectionner les traitements existants. Comme nous l'avons mentionné, l'efficacité des traitements du TPA varie entre 66 et 80%, mais si nous tenons compte des taux d'abandons nous trouvons que 26 à 40% des personnes qui consultent ne s'améliorent pas. (Craske et Rodriguez, 1994). De plus, 50% de ceux qui s'améliorent après le traitement ont des symptômes résiduels (Barlow et Brown, 1996), et seraient plus à risque de rechuter à long-terme (Fava, Zielezny, Savron, et Grandi, 1995) . Par conséquent, l'amélioration des traitements en prenant en compte certains facteurs de maintien pourraient résulter en une baisse des coûts sociaux associés à ce trouble.

Objet du programme de recherche doctorale

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la majorité des recherches qui ont étudié les liens entre la relation conjugale et l'évolution du TPA — avant et après le traitement — sont basées sur des tests auto-administrés. Or nous avons aussi vu que les personnes avec TPA ont tendance à diminuer et/ou nier leurs problèmes, ce qui peut biaiser les résultats aux tests papier-crayon évaluant la satisfaction conjugale. Pour cela, afin de contourner ce biais potentiel, nous avons choisi dans la présente thèse d'utiliser

des grilles d'observation comportementale. Cette technique s'est prouvée valide et fiable dans la mesure de la qualité des habiletés de résolution de problème des couples ainsi que de la qualité de leur ajustement conjugal (Bélanger, Dulude, Sabourin, & Wright, 1993; Chambless et al., 2002).

Notre objectif majeur dans la présente thèse est de mieux comprendre l'impact d'une facette de la dynamique conjugale, en l'occurrence les comportements des conjoints dans une situation de résolution de problème, sur la sévérité des symptômes du trouble panique avec agoraphobie avant et après le traitement. Étant donné que cette thèse s'inscrit dans le cadre d'un projet d'étude plus vaste et comparatif de deux modalités de traitements du TPA dans le couple — un traitement cognitif comportemental traditionnel *versus* un traitement cognitif comportemental traditionnel combiné à un entraînement à la communication conjugale incluant le conjoint sain —, nous allons nous limiter à l'analyse des résultats tirés des deux traitements confondus. Ainsi, dans le premier article (Chapitre II) nous verrons d'une part si les comportements conjugaux négatifs (évitement, dominance, critique, EEE) enregistrés avant le traitement, prédisent une plus grande sévérité des symptômes du TPA; et d'autre part si les comportements conjugaux positifs (soutien, validation, bonnes habiletés de résolution de problème) prédisent une moindre sévérité des symptômes du TPA. Dans le deuxième article (Chapitre III), nous analyserons en un premier temps ces mêmes comportements conjugaux enregistrés avant le traitement, pour voir lesquels auraient plus d'influence sur le résultat du traitement. Nous supposons que la présence de comportements négatifs avant le traitement ne sera pas favorable à une bonne réponse au traitement, alors que la présence de comportements conjugaux positifs avant le traitement favorisera la diminution de la sévérité des

symptômes du TPA. Dans un deuxième temps nous verrons si comme nous le supposons, le traitement du TPA améliorera les comportements conjugaux de résolution de problème observés dans un enregistrement fait dans les deux semaines qui suivent la fin du traitement. Finalement le dernier chapitre (Chapitre IV) de cette thèse sera consacré à une discussion générale de cette recherche, dans laquelle nous avancerons un modèle de compréhension général avec de nouvelles pistes de recherche et d'intervention clinique.

CHAPITRE II

(ARTICLE 1)

Running head: Marital interaction in predicting PDA severity

Marital Interactions Predict Panic Disorder with Agoraphobia
Symptom Severity

Ghassan El-Baalbaki¹, Claude Bélanger^{1,2}, Steffany J. Fredman³, Donald H. Baucom⁴, Roger
Marcaurelle¹ and André Marchand^{1,5}

¹University of Quebec in Montreal,

²McGill University and Douglas Hospital Research Center,

³Boston University School of Medicine and VA Boston Healthcare System

⁴University of North Carolina at Chapel Hill

⁵Fernand-Seguin Research Center, L.H. Lafontaine Hospital,

Abstract

Sixty-five married couples in which one spouse was diagnosed with panic disorder with agoraphobia (PDA) were observed during a 15-minute problem-solving task. The presence of negative marital interaction patterns, namely criticism and dominance behavior, predicted higher symptom severity, whereas the presence of positive interaction patterns predicted lower symptom severity after controlling for socio-economical variables. Ratings of emotional overinvolvement (EOI) in non-anxious partners failed to predict anxious partners' PDA symptom severity. Associations between marital adjustment and PDA severity were found, and differences in marital interaction patterns and marital adjustment related to gender of PDA spouses are discussed.

Keywords: Panic disorder, agoraphobia, marital relationship, interpersonal relationship, observational coding, expressed emotion (EE), emotional overinvolvement (EOI)

Introduction

The association between panic disorder with agoraphobia (PDA) and relationship adjustment has been examined in several studies. Barlow (2004), Wade, Monroe, and Michelson (1993) and Kleiner and Marshall (1987) noted that among other stressors, marital conflicts, divorce, and interpersonal stress are often present in the year preceding the onset of the disorder. Untreated PDA was reported to negatively affect the level of marital and social functioning (Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish, & Klerman, 1989; Weissman, 1991). Moreover, Craske and Zoellner (1995) note that a dysfunctional relationship may contribute to the maintenance of the disorder. However, findings are inconsistent regarding the extent to which marriages of couples with a PDA spouse differ from those of other couples. For example, some studies show that PDA couples report lower marital adjustment and marital satisfaction than non-PDA couples (Fauerbach, 1992; Kleiner, 1987; Lange & Van Dyck, 1992; McCarthy & Shean, 1996), whereas other studies found comparable levels between PDA and non-PDA couples (Emmelkamp & Gerlsma, 1994; Fisher & Wilson, 1985; Powers, 1984). Nonetheless, Chambless et al. (2002), consistent with findings reported by Arrindell and Emmelkamp (1986), found that, although PDA couples reported significantly lower marital adjustment than did non-PDA couples, the level of marital dissatisfaction was not high when compared with norms for maritally distressed couples.

PDA and Interpersonal and Problem-solving Skills

When compared to control groups, patients meeting a diagnosis of PDA are rated as more submissive and non-assertive (Eher et al., 2002), more inhibited and dependent (Hafner & Minge, 1989; Shean & Uchenwa, 1990), and less self-confident (McCarthy & Shean, 1996).

They also tend to show a less problem-focused coping style (Roy-Byrne et al., 1992). Of note, the severity of PDA symptoms has been found to positively correlate with submission and non-assertiveness (Eher et al., 2002). PDA patients report comparable or higher levels of interpersonal problems than depressed and other psychiatric patients do (Arrindell & Emmelkamp, 1986; Oppenheimer & Frey, 1993). One theory to explain the association between PDA and interpersonal problems is that the limitations caused by their phobias drive agoraphobic individuals to seek high levels of social support, which in turn increases demands on relatives, friends, and spouses. Such demands may exhaust the resources of their significant others (Chambless et al., 2002), thereby generating interpersonal stress.

Problem-solving skills appear to be a moderating factor of the impact of stressful events on anxiety (Nezu, 1986), suggesting that when individuals with lower problem-solving skills are confronted with stressful events their anxiety tends to be higher. Brodbeck and Michelson (1987) showed that agoraphobic women generate significantly fewer effective solutions during a problem-solving task than do control subjects and that they propose significantly fewer solutions than their husbands do (Chambless et al., 2002). Moreover, an association has been found between depression and difficulties with social and problem-solving skills. Verbal interactions of depressed spouses and their partners tend to be characterized by dysphoric affect and the expression of psychological and somatic complaints. Exchanges on both sides tend to be more negative, less cooperative, and more asymmetrical (Hautzinger, Linden, & Hoffman, 1982; McCabe & Gotlib, 1993; Merikangas, Ranelli, & Kupfer, 1979; Perez, Pettit, David, Kistner, & Joiner, 2001; Segrin, 2001). Given that depression is the most frequent comorbid disorder of PDA, occurring in at least 24% of the patients (Brown & Barlow, 2004; Gorman & Coplan, 1996), it is possible that PDA patients show deficits in social and problem-solving skills.

Depression is strongly related to marital dissatisfaction (Whisman, 2001), marital adjustment is correlated with the quality of couples' problem-solving skills (Bélanger, Dulude, Sabourin, & Wright, 1993), and couples' ability to solve problems is correlated with PDA treatment outcome (Marcaurelle, Bélanger, & Marchand, 2003). Therefore, an exploration of the associations among marital satisfaction, marital interaction during problem-solving situations, and the severity of PDA is the focus of the present investigation.

Chambless et al. (2002), using behavioral observation to evaluate marital variables during a problem-solving task, found evidence to support the hypothesis that agoraphobic severity and the quality of marital interactions are related. In that study, husbands of agoraphobic women were found to be more critical of their wives. Criticism and negative verbal behavior of husbands toward their agoraphobic wives were positively correlated with the severity of avoidance behavior. Agoraphobic wives who were more avoidant engaged in less positive verbal behaviors, more negative verbal behaviors, and less self-disclosure. However, the study only examined couples with agoraphobic wives; thus, it is unclear whether these findings generalize to couples with male agoraphobic partners.

Emotional Overinvolvement and PDA

Relatives of psychiatric patients are considered to be high in expressed emotion (EE; Leff & Vaughn, 1985) when they show high levels of criticism, hostility, criticism, or emotional overinvolvement (EOI) in reference to the patient. Chambless and Steketee (1999) note that EE, particularly hostile criticism by relatives, is a strong predictor of poor treatment outcome for anxiety disorders. However, they also note that non-hostile criticism (e.g., dissatisfaction with patients' anxiety-related behaviors without rejecting the patient as a person) is associated with

less avoidance. Several studies report associations between relatives' emotional overinvolvement (EOI) and poor treatment outcome for psychiatric patients, including those with anxiety disorders (Fredman, Chambless, & Steketee, 2004). More work is needed, however, to determine the role of the specific elements of EOI – that is, intrusiveness, excessively self-sacrificing behavior, or exaggerated emotional response to the patient's illness – in predicting PDA symptom severity. For instance, it is possible that when non-anxious partners engage in high levels of excessively self-sacrificing behavior (e.g., taking over chores and responsibilities for PDA partners to diminish their anxiety), they reinforce the PDA spouses' dependence and avoidance behaviors. Similarly, the presence of an exaggerated emotional response manifested by melodramatic statements and attitudes towards the PDA spouse's limitations and fears may, for example, reinforce the PDA spouse's own catastrophic thoughts and fear of bodily sensations.

Finally, it is worth noting that Chambless, Caputo, Jasin, Gracely and Williams (1985) and de Jong and Bouman (1995) showed that the level of education, the couple's income and the occupational status predict fear of consequences of anxiety, fear of bodily sensations, and agoraphobic avoidance. Thus, to properly account for the association of the marital interaction variables on PDA severity, the impact of socio-economic variables were investigated.

Research Hypotheses and Questions

Given the associations among marital adjustment, interpersonal and problem-solving skills, EOI by partners, and PDA symptomatology, we conducted this study to investigate the following hypotheses: (a) Negative marital problem-solving interaction patterns will predict higher symptom severity of PDA, whereas positive problem-solving interaction patterns will

predict lower symptom severity of PDA; (b) the presence of EOI in the non-anxious (NPDA) spouse will predict higher PDA symptom severity.

Results deriving from preliminary statistical analyses are described in the results section before the tests of prediction performed to answer the research questions. Therefore the following observations will be described first: (a) differences between PDA men and PDA women in terms of symptom severity; (b) differences between PDA and NPDA spouses in terms of marital adjustment; (c) differences in marital adjustment and marital interaction patterns due to gender of PDA and NPDA spouses; (d) links between marital adjustment and PDA symptom severity; (e) links between marital adjustment and quality of interaction patterns within the couple; (f) links between depression and marital adjustment and interaction patterns; and (g) links between socio-economic variables and PDA symptom severity. In the discussion section we start by commenting the research questions and then we follow with comments on the additional observations.

Method

Participants

The sample consists of 65 heterosexual couples in which one spouse meets the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) for a primary diagnosis of panic disorder with agoraphobia (PDA), according to the Anxiety Disorders Interview Schedule, Lifetime Version (ADIS-IV-L; DiNardo, Brown, & Barlow, 1994). The higher ratio in women (2:1) reported by White and Barlow (2004), is reflected in our sample of 19 men and 46 women with PDA. The mean age of PDA patients is 39.17 ($SD = 8.98$, range: 22 - 64), and the average illness duration is 12 years ($SD = 9.7$, range: 0.5 - 40) (data was missing for one person). PDA patients have on average 11.92 years of

schooling ($SD = 3.98$, range: 0 - 24). Most hold a part-time or a full-time job (61 %) (data was missing for two participants), and 74 % take a psychotropic medication (data was missing for five participants). On average, all participants have been cohabiting, with or without marriage, for 11.4 years ($SD = 9.42$, range: 1 - 40) (data was missing for two participants) and have one child ($M = 1.08$, $SD = 1.21$, range: 0 - 4) (data was missing for four persons). On average, the time spent living together while one partner had PDA is 6.85 years ($SD = 6.84$, range: 1 - 34) (data was missing for one participant).

Recruitment of this sample occurred through advertisements in the Montreal metropolitan area local newspapers ($n = 47$), at the Douglas Hospital Anxiety Clinic ($n = 12$), and at the Centre for Intervention for Cognitive Behavioral Therapy at Louis-H. Lafontaine Hospital ($n = 6$), on a span of four years.

To be included in this study, participants had to meet the following criteria: (a) age between 18 and 65; (b) married or cohabitating with the same partner for at least one year; (c) a primary DSM-IV diagnosis of PDA assigned by a psychiatrist; (d) a primary diagnosis of PDA according to the ADIS-IV-L (DiNardo, Brown, & Barlow, 1994), with a clinical severity rating of four on a scale ranging from zero (none) to eight (very severely disturbing-disabling) and present for at least six months; and (e) if a secondary DSM-IV axis I diagnosis was present, its clinical severity rating according to the ADIS-IV-L should be two or more levels lower than the PDA rating. Exclusion criteria included: (a) the presence of substance-related, psychotic, or bipolar disorders; (b) the presence of any unstable medical condition; and (c) the presence of mental retardation.

Measures

In addition to the assessment of the overall clinical severity of PDA using the ADIS-IV-L interview during the selection process, all participants completed a battery of questionnaires, including a general information socio-demographic questionnaire — constructed by the authors for the needs of this study — and seven self-reported PDA symptoms measures:

Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984). The BSQ measures the degree of fear associated with various bodily sensations in periods of anxiety or fear. It is composed of 18 items evaluated on a 5-point scale. The psychometric properties of the French–Canadian version employed in this study are equivalent to those of the English version (Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1998). The Cronbach's index of internal consistency (α) for the BSQ in this study is 0.90.

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984). The ACQ is composed of 15 items on a 5-point scale which evaluate the frequency of catastrophic thoughts in periods of anxiety or fear. Psychometric properties of the French–Canadian version of the ACQ used here are similar to those of the English version (Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1999). In the current study, Cronbach's index of internal consistency (α) for this measure is 0.74.

Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985). This questionnaire measures the degree of avoidance of various locations or situations according to two scales, i.e., when accompanied by another person and when alone. The psychometric properties of the French–Canadian version of this questionnaire were found to be quite equivalent to those of the English version (Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1997). In

our sample, the first scale, measuring the avoidance of the patient when accompanied has an alpha of 0.93, and the second scale measuring the avoidance when alone has an alpha of 0.92.

Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986). The ASI measures fear of anxiety, more specifically fear of possible somatic, psychological and social consequences of anxiety symptoms. It contains 16 items rated on a 5-point scale. It was associated more closely to agoraphobia as compared to other disorders and its psychometric properties have been well-established (Reiss et al., 1986). The French-Canadian version of the ASI was found to be valid and sound with the English version (Marchand, Stephenson, Feeney, & Marchand, 1999). In this study the internal consistency for this measure is 0.83.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). This 21-item questionnaire, rated on a 4-point scale, examines the degree to which participants were affected by their physical and cognitive symptoms experienced during the past week. We used the French-Canadian version of the BAI which psychometric properties were found to be similar to those of the English version (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994). The index of internal consistency in this study is 0.94.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996). The BDI-II is composed of 21 items measuring symptoms of depression on a 4-point scale during the preceding two weeks and its psychometric properties are well documented (Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1997). Since the BDI-II is more consistent with the DSM-IV criteria for major depressive disorder, we used a French–Canadian version of BDI-II, though we could not find any validation for it. However, the 1961 and the 1978 editions of the BDI have been validated in their French–Canadian versions and found to be equivalent to those of the English original

version of the same (Bourque & Beaudette, 1982; Gauthier, Morin, Thériault, & Lawson, 1982). In this study the internal consistency for this measure is .90

To measure marital functioning we used two self-reported marital measures and two observational coding systems of the spouses' marital interactions:

Dyadic Adjustment Scale -4 (DAS-4; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). The DAS-4 composed of 4 self-reported questions is a brief French-Canadian validated version based on the original 32-items Dyadic Adjustment Scale proposed by Spanier (1976). The authors of this short version proved that it could be used as a continuous measure of couple satisfaction and to categorize participants into distressed and non-distressed groups. In our study, Cronbach's index of internal consistency was 0.85 for the PDA spouses and 0.80 for the non-PDA partners.

Questionnaire for the sources of agreement and disagreement (QSAD; Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990). The QSAD is a French-Canadian self-report questionnaire inspired from the Potential Problem Check List (PPCL; Patterson, 1976). This 26-item questionnaire reflects themes constituting a source of conflict for the couple (e.g. child education, relationship with in-laws etc.)

The Global Couple Interaction Coding System (GCICS; Bélanger, Dulude, Sabourin, & Wright, 1993). The GCICS is a macro-level coding system used to code video-taped marital problem-solving interactions. It evaluates each partner on five components of their verbal and non-verbal marital interaction during a problem-solving situation. Behaviors are rated according to four levels of severity (absent- mild- moderate- excessive). The five components of the GCICS are divided into three negative dimensions: (a) avoidance of, and withdrawal from, the discussion, (b) dominance, asymmetry in the control of the conversation, and (c) hostility, criticism and conflict; and two positive dimensions: (a) support and validation, which reflect

active listening and warmth; and (b) problem-solving skills. The latter dimension is composed of two sub-categories: (1) efforts at clarification and negotiation, desire to find solutions, and (2) quality of proposed solutions.

The observational coding system for Emotional Overinvolvement (EOI; Fredman, Chambless, & Steketee, 2004). The EOI, permits individual ratings for intrusiveness, excessive self-sacrifice and exaggerated emotional response displayed by the relative (parent, spouse, and sibling) of a psychiatric patient during a video-taped problem-solving interaction. Each dimension is scored on a scale that ranges from none (1) to marked (5). The authors of this coding system define (a) intrusiveness as the relative's attempt to exert psychological or physiological control over the patient's well-being through age-inappropriate means, overprotection, and control, (b) excessive self-sacrifice as the relative's consistently and unreasonably placing the patient's needs ahead of his or her needs, and (c) exaggerated emotional response to the patient's illness as the relative's excessive anxiety directly related to the patient's welfare as shown by excessive emotionality, empathy, or melodrama regarding the patient's well being.

The videotapes were coded by two different graduate students in clinical psychology, trained to criterion by the first author of this study, one coded with the GCICS and the other with the EOI coding system. The coders were unaware of the research hypotheses. We tested interrater reliability using intraclass correlations on tapes of 25 couples randomly selected. Interrater reliability was proved to be excellent for all dimensions of GCICS $\rho_I(3,1) = [0.63; 0.94]$ and for all dimensions of the EOI coding system $\rho_I(3,1) = [0.95; 0.99]$ (Shrout & Fleiss, 1979).

PDA patients were asked to answer all the questionnaires, whereas their partners were expected to respond only to the DAS and the QSAD. Both partners had to be video-taped during a 15 minutes problem-solving interaction.

Procedure

Selection of participants. Following a telephone preliminary screening, all participants were assessed with the ADIS-IV-L by an experienced advanced graduate student in clinical psychology. Participants with a primary diagnosis of PDA, were then evaluated by a psychiatrist to confirm the diagnosis and absence of exclusion criteria. Interrater reliability test of PDA diagnosis and PDA severity according to the ADIS-IV-L, showed a strong concordance with a Kappa coefficient of 0.77. All PDA patients and their spouses provided informed consent.

Interaction task. The participants were invited with their partners to one of the participating clinics for the videotaped problem-solving interaction task. Based on their QSAD answers, we proposed a topic for the discussion that both partners found to be a source of moderate conflict and agreed to discuss then we left the couple with the instructions to discuss the problem for 15 minutes and to work toward finding solutions that would mutually satisfy them. This procedure is very reliable even when one spouse has a clinical disorder, and it is commonly used in marital research to identify interaction patterns in couples (Weiss & Heyman, 1997).

Results

General and Descriptive Results

Group Homogeneity

Independent *t*-tests and Chi square tests results demonstrated that participants recruited from advertisements did not differ from those recruited from either one of the two participating clinics in terms of PDA baseline symptoms, marital adjustment, and problem-solving interaction ($ps > .05$).

In terms of depression symptoms as measured by the BDI-II, results showed that patients from both clinics scored significantly higher than those recruited from advertisement, $t(63) = 2.2, p < .05$. In addition, patients coming from the two clinics had lower levels of education, $t(63) = -2.27, p < .05$, and a lower income $t(63) = -2.43, p < .05$, reflecting a lower socio-economical status than those recruited from advertisement. Monroe and Hadjiyannakis (2002) showed that a lower socio-economical status is a significant factor in depression, which may account for why patients from the two clinics showed higher depression symptoms. Sample homogeneity was also confirmed in terms of PDA baseline symptoms, marital adjustment, and problem-solving interaction according to medication intake with another set of *t*-tests and Chi square tests ($N = 60$) that showed no significant differences ($ps > .05$) between the two groups.

Missing Data

In the current sample we had one missing data in the Beck anxiety inventory scores, two missing data in the mobility inventory for agoraphobia when accompanied, and three missing data in the anxiety sensitivity index.

PDA Symptom Severity and Marital Adjustment in the Sample

We report in Table 1 the means and standard deviations of the PDA symptoms severity reported in our sample.

Insert Table 1

In terms of marital adjustment according to the DAS, our sample showed that the majority of spouses were maritally adjusted (42 PDA spouses and 43 NPDA spouses). Repeated measures ANOVA showed an interaction between the gender of PDA respondents and the marital adjustment of their partners $F(1, 63) = 6.0, \eta^2 = .09, p < .02$. A closer reading of the analysis reveals that PDA men had a higher level of marital adjustment than their wives, whereas PDA women were less maritally adjusted than their husbands. Tests to examine within-subjects effects showed that DAS scores of PDA patients, independently from gender effect, are not significantly different than those of their partners. The Pearson correlation of marital adjustment between partners was strong ($r = .72, p < .0001$).

Marital Interaction in the Sample According to the GCICS and the EOI Coding Systems

Due to the non-normal distribution of severity for each measured dimension in the sample, we reduced the severity ranges of GCICS and EOI to two (absent and present), thus creating dichotomized variables. For each dimension of the GCICS, we performed a McNemar test for paired data to verify whether the coded behavior significantly differ according to the presence or not of PDA and found no difference ($ps > .22$), meaning that the presence or absence of a behavior is not dependant of the presence or absence of PDA. Positive intercorrelations for

each dimension are found between spouses ($rs = .30$ to $.60$, $ps < .05$), as shown in Table 2, indicating that the presence of a behavior in one partner is linked to the presence of the same behavior in the spouse, which explains the previous result.

(Insert Table 2)

In order to compare the coded behaviors on the GCICS according to gender and to the presence or not of the illness, we performed a hierarchical log-linear analysis. Results show that an interaction effect is present between the gender of the subjects, the presence of PDA and the presence of criticism and hostility behaviors during a problem-solving interaction, $\chi^2(1, N = 65) = 6.82$, $\phi = .32$, $p < .01$. The readings suggest that PDA women are more critical than PDA men, and NPDA men are more critical than NPDA women, while NPDA men are more critical than PDA men, and PDA women are more critical than NPDA women.

For the EOI, Pearson chi-square tests showed no difference between the EOI behaviors of NPDA men and NPDA women ($ps > .10$)

Preliminary Correlation Analyses of variables for Prediction Tests

Analyses of Marital Interaction Variables with Marital Adjustment

When PDA patients reported lower marital adjustment on the dyadic adjustment scale, they were more likely to criticize their partner during the problem-solving interaction ($r = -.33$, $p < .007$). Similar findings were observed for NPDA partners regarding critical behavior ($r = -.34$, $p < .006$). NPDA partners showed also a tendency to dominate the interaction ($r = -.27$, $p < .03$).

A higher level of marital adjustment in the PDA patient was associated with NPDA partners' displaying more support and validation ($r = .35, p < .005$). Marital adjustment of the NPDA participant was only linked to his tendency of showing support and validation. No correlations were found in our sample, between the EOI of NPDA spouses and the dyadic adjustment of the PDA and NPDA partners.

Analyses of Socio-economical Variables and Marital Variables

Pearson correlation analyses showed that better marital adjustment in PDA patients was associated with a higher household income ($r = .37, p < .003$) and more children ($r = .30, p < .02$). The NPDA spouse marital adjustment was higher in partners with higher education ($r = .30, p < .016$). When asked about the frequency of marital conflicts caused by the PDA, 20% of the PDA spouses reported that it never caused any, 43% reported that it sometimes causes conflict, 32% said it often did, and 5% answered by saying that PDA always causes marital conflicts.

Pearson correlations showed that when PDA patients report a higher frequency of marital problems caused by the disorder they tend, like their NPDA partners, to be less maritally adjusted (respectively $r = -.40, p < .001$ and $r = -.46, p < .0001$). The only marital interaction variable that showed a link with a socio-economical variable is that of the NPDA spouse's tendency to give support and validation when the illness appears after cohabitating $\chi^2(1, N = 65) = 5.28, \phi = .28, p < .02$. None of the EOI variables were significantly linked to any of the socio-economical variables.

Analysis of Socio-economical Variables and PDA Severity

A one-way ANOVA showed that men ($M = 2.92$, $SD = 0.74$) tend to engage in less avoidance of feared situations than women do ($M = 3.38$, $SD = 0.82$) when they are not accompanied $F(1,63) = 4.45$, $\eta^2 = .07$, $p < .04$. Pearson correlation analyses reveal several other associations reported in Table 3. In short, we found that the household income is the variable with most correlations to PDA symptomatology. When the household income is lower, the fear of bodily sensations, the level of avoidance whether the patient is accompanied or not, the fear of consequences of anxiety and the level of depression tend to increase. It is also interesting to note that the number of children is positively linked to anxiety symptoms as measured by the BAI and inversely correlated to depression symptoms as measured by the BDI. In addition, when PDA duration is higher the patients tend to experience more agoraphobic avoidance when unaccompanied, and their anxiety symptoms tend to be lower. Duration of cohabitation is positively correlated to their anxiety symptoms and to their catastrophic thoughts. PDA patients tend also to experience more catastrophic thoughts when they are older, and when the frequency of marital problems caused by the PDA is higher. Finally, the clinical severity of PDA and the fear of consequences of anxiety were found to increase when the frequency of marital problems caused by the PDA is higher.

(Insert Table 3)

Finally, we wanted to compare the severity of PDA symptomatology among patients who had the disorder before cohabiting and those who started experiencing PDA after cohabiting. According to independent one-way ANOVAs we found that: (a) patients score lower on the Beck

Anxiety Index, if they had the illness before cohabitating ($M = 22.54$, $SD = 14.9$) than if they did after cohabiting ($M = 36.15$, $SD = 11.02$), $F(1, 62) = 16.07$, $\eta^2 = .21$, $p < .0001$, and (b) patients who start experiencing PDA before cohabiting tend to avoid more phobic situations when they are accompanied ($M = 2.51$, $SD = 0.83$), than those who start experiencing PDA after cohabiting ($M = 2.05$, $SD = 0.8$), $F(1, 63) = 4.98$, $\eta^2 = .07$, $p < .03$.

Correlation Analysis of Marital Variables and PDA Severity

Marital Interaction and PDA Severity. Pearson correlations presented in Table 4 show that the presence of negative interaction patterns shown by the PDA and the NPDA spouses during a problem solving task tend to reflect a higher severity of PDA symptomatology. We can also see that the severity of PDA symptomatology tends to be lower when couples manifest positive interaction patterns.

(Insert Table 4)

Marital Adjustment and PDA severity. Pearson correlations presented in Table 5 show that marital distress reported by PDA patients and NPDA spouses is linked to higher severity in PDA symptomatology.

(Insert Table 5)

Tests of Predictions

Marital Interaction Predictors of PDA Severity

In order to verify if the quality of marital interaction patterns predicts PDA symptom severity, we performed a hierarchical regression analysis. In step 1, we included all personal and marital socio-economical variables that are significantly correlated to the outcome variable, after having controlled for collinearity within variables. In step 2, we included all marital interaction variables for both the PDA and NPDA spouses by order of correlation power (stepwise selection), to determine whether or not they add a predictive value to the variables in step 1, and, if so, which dimensions are the best predictors of PDA severity as measured by the seven self-reported PDA symptoms measures.

Results, presented in Table 6, show that PDA patients and NPDA partners' marital interaction behaviors provide additional predictive power to socio-economical variables. From the PDA patients' side, presence of dominating and controlling behavior during problem-solving predicts a higher PDA clinical severity (as per ADIS-IV-L), explaining 7% of the variance. Criticism behavior toward their NPDA partners, explains 8% of the variance predicting a stronger severity of anxiety symptoms. It also appears that presence of a better quality of solutions offered by the PDA patients explains 5% of the variance predicting lower fear of bodily sensations. Now from the NPDA partners' side, dominance predicts the presence of more catastrophic thoughts with 16% of the variance explained. As for criticism behavior, it predicts a higher fear of bodily sensations explaining 9% of variance, and a stronger fear of consequences of anxiety symptoms explaining 10% of variance. Finally, the presence of support and validation from the NPDA partners during problem-solving predicts lower agoraphobic avoidance when

accompanied with 7% of the variance explained. None of the PDA patients or their NPDA partners' marital interaction variables predicts agoraphobic avoidance when unaccompanied, or severity of depression symptoms.

(Insert Table 6)

Discussion

This study seeks to elucidate several aspects of the associations between marital relationships and PDA. Our first hypothesis, that negative problem-solving patterns would predict higher PDA symptom severity and that positive interaction patterns would predict lower PDA symptom severity, was confirmed. The correlation analysis supports the hypothesis for all marital interaction variables except withdrawal. After controlling for socio-economic variables in the hierarchical regression, we found that dominance and criticism from PDA spouses predict respectively higher PDA clinical severity and higher severity of anxiety symptoms. Knowing that a low perception of control over a problematic situation is linked to the aetiology and maintenance of panic disorder (Barlow, 2004), it is likely that PDA partners with higher symptom severity present dominant and critical interpersonal behavior with their NPDA spouses, driven by their need to preserve their perceived control over the situation as a protective strategy to buffer anxiety symptoms they may be feeling during the marital interaction. As for NPDA spouses, the presence of dominance and criticism in their problem-solving interaction patterns predicts higher catastrophic thoughts, higher fear of bodily sensations, and higher fear of consequences of anxiety in their PDA partner. We could suppose that NPDA partners are, on the

one hand, overwhelmed in their daily life by the limitations of their spouses with more severe fears — as evidenced by their criticism behavior — and, on the other hand, compelled to take charge of problematic situations — as demonstrated by their dominant behavior. Positive marital interaction variables, namely the presence of good quality solutions shown by the PDA spouse, predict lower fear of his bodily sensations, and the presence of support and validation shown by the NPDA spouse predicts lower severity of avoidance in the PDA partner when accompanied. Marcaurelle et al. (2005) found that PDA clinical severity and fear of bodily sensations increased as problem-solving confidence and involvement in problem-solving activities decreased in PDA patients. It is possible that PDA patients who generate constructive solutions to problems may have enhanced confidence in their problem-solving abilities and more involvement in the problem-solving activity, consistent with our findings. It is very likely that supportive and validating behaviors by NPDA spouses during a marital problem-solving task generalize to situations in which PDA partners' fears are elicited in anxiety-provoking situations and have the effect of increasing a sense of security in the PDA partner which, in turn, decreases agoraphobic avoidance.

We also wanted to test the hypothesis that emotional overinvolvement (EOI) in the NPDA partner would predict higher PDA symptom severity and vice versa. Results did not support this hypothesis, as EOI failed to predict PDA symptom severity. This lack of association between PDA symptom severity and EOI might be due to the fact that the couples were assigned a problem related to a general marital source of conflict during the problem-solving task, and not a problem related to the spouse's anxious disorder, rendering the manifestation of behavior like intrusiveness or exaggerated emotional response less likely to appear and contributing to a restricted range in the EOI variables. For that matter, Chambless et al. (2002) suggest that talking

about the wife's agoraphobia instead of another topic may show more significant differences in problem-solving behavior within the couple.

Concerning our question about whether men and women differ in terms of PDA symptom severity, our results showed that PDA men avoid less than PDA women do, mainly when they have to face the phobic situations alone. This could be explained by differences in sex roles as mentioned by Fodor (1974) who stipulates that fearful behavior is culturally more acceptable for women than it is for men, and as argued by Hafner and Minge (1989), who showed that agoraphobic women perceive themselves as less autonomous. The deficit of masculine traits in agoraphobic women as described by Haimo and Blitman (1985) is consistent with this interpretation. Our results with respect to avoidance behaviour more present in PDA women than in PDA men are similar to those of other studies (Chambless & Mason, 1986; Hafner, 1981; Turgeon, Marchand, & Dupuis, 1998).

Regarding the comparison of the marital adjustment of PDA subjects with the marital adjustment of NPDA spouses in the sample, we found no difference between them. These results are not a comparison between clinical and non-clinical control group couples, and, therefore, should be viewed as the reflection of the strong correlation of marital adjustment between partners in our sample. When we investigated whether gender differences affect the marital adjustment of PDA and NPDA spouses, we found that PDA and NPDA wives were less adjusted than their male spouses. An explanation, based on differences in sex roles can be formulated here: female partners may be culturally influenced in finding less acceptable their husbands' phobic behaviour (Marcaurelle, Belanger, Marchand, Katerelos, & Mainguy, 2005), whereas agoraphobic women expect more support from their husbands and tend to describe them as not particularly helpful in making things better (McCarthy & Shean, 1996; Pyke & Roberts, 1987).

As a result, agoraphobic women will perceive this lack of support as more distressing to the relationship.

Concerning the effect of the PDA and NPDA partners' gender on the marital interaction patterns, our analysis show that PDA women are significantly more critical than PDA men. Given that agoraphobic women tend to seek social support when facing a stressor (Vitaliano, Katon, Russo, Maiuro, et al., 1987; Vollrath & Angst, 1993), and knowing that agoraphobic women tend, as we described above, to find their husbands not very helpful (McCarthy & Shean, 1996; Pyke & Roberts, 1987), we may assume that their need for social support from their husband is unsatisfied, and thus they tend to criticize him. Whereas PDA men being more preoccupied with somatic fears (Hafner, 1981) and being less avoidant, they may need less support from their NPDA wives, and therefore tend to be less critical than PDA women. In addition, our results show that NPDA men are more critical than NPDA women. We think that NPDA men, overwhelmed by the limitations of their spouses and the limits of their own resources in helping their agoraphobic wives, will tend to exert more pressure by showing more hostile and critical behaviors during the problem-solving task, in order to make their wives more independent when the solution involves facing situations with phobic features; in contrast, NPDA women are less critical than NPDA men because they may not have the same feeling of exhaustion of their own resources, given that PDA men tend, as noted above, to be less avoidant during feared situations. Another possible explanation is that NPDA women are more likely to attribute the limitations of their PDA husbands to the illness, while NPDA men may tend to view those limitations as under their PDA wives' control. Relatives of patients who tend to make responsibility attributions (relatives attribute the control of symptoms and problematic behaviors to personal variables within the patient, such as his personality, his lack of willpower etc...) were

found to be higher in criticism and/or hostility when compared to those who tend to make illness attributions (they attribute problematic behaviors to the patient's illness) (Barrowclough & Hooley, 2003; Renshaw, Chambless, & Steketee, 2006).

Finally, we found that catastrophic thoughts, fear of consequences of anxiety and depressive symptoms tend to be more severe when the dyadic adjustment of PDA or NPDA spouses was lower. In addition, it appears that the presence of negative interaction patterns in both the PDA and the NPDA spouse are linked to a lower dyadic adjustment in the couple whereas the presence of positive interaction patterns are linked to a better one.

Implication and Limitations of our Study and Future Directions

Our findings support the idea that a therapist evaluating a married PDA client may need to assess his or her client's marital interaction patterns with his partner. Discord in the couple has a negative impact on communication and problem-solving, leading to hostility and negative affect. This, in turn, could exacerbate the PDA and maintain it, making standard cognitive-behavioral therapy less effective. Hence, it may also be beneficial to add to the standard cognitive behavioral treatment of PDA, a marital intervention focusing on improving communication training and problem-solving between partners and altering structural patterns in the relationship that maintain symptom expression or interfere with exposure-based activities for the PDA spouse.

There are also several limitations associated with this study. First, we did not have a non-clinical control group to compare the marital variables of our subjects to the normal population. Second, we did not evaluate the NPDA partners' psychiatric condition to verify whether their observed behaviors are influenced or not by a psychiatric disorder. Third, the problem-solving

task was not related to the disorder and, as such, may not have pulled for disorder-relevant behavior patterns that contribute to the maintenance of the agoraphobia and marital distress, thus making it difficult to measure these behaviors observationally and contributing to the non-normal distribution of marital interaction variables and emotional overinvolvement that obliged us to dichotomize the range of severity of behaviors to present and absent. This limited the extent of the interpretation of correlation analysis. Finally, the cross-sectional design of the study does not allow causal explanations.

Future research needs to evaluate couples-based treatment programs and study their effect both on PDA symptomatology and marital adjustment. It would be also of interest to broaden the scope of our comprehension of PDA marital dynamics to ethnic groups and gay couples.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Arrindell, W. A., & Emmelkamp, P. M. (1986). Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: A controlled study. *British Journal of Psychiatry* Vol 149 Nov 1986, 592-602.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press,.
- Barrowclough, C., & Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 23, 849-880.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bourgeois, L., Sabourin, S. P., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students/étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 14, 211-218.
- Bélanger, C., Dulude, D., Sabourin, S. p., & Wright, J. (1993). Preliminary validation of a global system for coding marital interactions/Validation préliminaire d'un système global de

- cotation des interactions conjugales. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 483-498.
- Brodbeck, C., & Michelson, L. (1987). Problem-solving skills and attributional styles of agoraphobics. *Cognitive Therapy and Research. Special Issue: Anxiety: Cognitive factors and the anxiety disorders*, 11, 593-610.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2004). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 292-327). New York: Guilford Press.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chambless, D. L., Fauerbach, J. A., Floyd, F. J., Wilson, K. A., Remen, A. L., & Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioral observation study. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 502-512.
- Chambless, D. L., & Mason, J. (1986). Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 231-235.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.

- Craske, M. G., & Zoellner, L. A. (1995). Anxiety disorders: The role of marital therapy. In Jacobson, Neil S , Gurman, Alan S (Eds), *Clinical handbook of couple therapy*. (pp. 394-410). xi, NY, US: Guilford Press.
- de Jong, G. M., & Bouman, T. K. (1995). Panic disorder: A baseline period. Predictability of agoraphobic avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 185-199.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. N.Y: Graywind Publications.
- Eher, R., Rau, H., Fruhwald, S., Ritter, K., Grunhut, C., Schmitt, M., et al. (2002). Intimate relationships of patients meeting a diagnosis of panic disorder/agoraphobia: Evidence for submissive and nonassertive conflict styles. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis* 31, 14-21.
- Emmelkamp, P. M. G., & Gerlsma, C. (1994). Marital functioning and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 25, 407-429.
- Fauerbach, J. A. (1992). Marital interaction patterns of couples with and without an agoraphobic partner. *Dissertation Abstracts International*, 52, 5530-5531.
- Fisher, L. M., & Wilson, G. T. (1985). A study of the psychology of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 97-107.
- Fodor, I. G. (1974). The phobic syndrome in women: Implications for treatment. In Violet Franks & Vasanti Burtle (eds.), *Women in therapy*, (pp 132-168). New York: Brunner/Mazel..
- Fredman, S. J., Chambless, D. L., & Steketee, G. (2004). Development and Validation of an Observational Coding System for Emotional Overinvolvement. *Journal of Family Psychology*, 18, 339-347.

- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume. (1994). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation/L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encéphale*, 20, 47-55.
- Hafner, R. J. (1981). Agoraphobia in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 243-249.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3, 13-27.
- Gorman, J. M., & Coplan, J. D. (1996). Comorbidity of depression and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 10), 34-41.
- Hafner, R. J., & Minge, P. J. (1989). Sex role stereotyping in women with agoraphobia and their husbands. *Sex Roles*, 20, 705-711.
- Haimo, S., & Blitman, F. (1985). The effects of assertive training on sex role concept in female agoraphobics. *Women & Therapy*, 4, 53-61.
- Hautzinger, M., Linden, M., & Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: an analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 13, 307-314.
- Kleiner, L. (1987). The relationship of interpersonal problems to the development and treatment of agoraphobia. *Dissertation Abstracts International*, 47,
- Kleiner, L., & Marshall, W. (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 313-323.
- Lange, A., & Van Dyck, R. (1992). The function of agoraphobia in the marital relationship. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 89-93.

- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., & Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 23*, 247-276.
- Marcaurelle, R., Belanger, C., Marchand, A., Katerelos, T. E., & Mainguy, N. (2005). Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 211-232.
- Marchand, L., Stephenson, R., Feeney, S., & Marchand, A. (1999). Validation factorielle de l'adaptation canadienne-française de l'Anxiety Sensitivity Scale. Poster presented at the Congrès de l'Association Canadienne-Français pour l'Avancement des Sciences, Ottawa.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., & Klerman, G. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 46*, 984-992.
- McCabe, S. B., & Gotlib, I. H. (1993). Interactions of couples with and without a depressed spouse: Self-report and observations of problem-solving situations. *Journal of Social & Personal Relationships, 10*, 589-599.
- Merikangas, K. R., Ranelli, C. J., & Kupfer, D. J. (1979). Marital interaction in hospitalized depressed patients. *Journal of Nervous & Mental Disease, 167*, 689-695.
- McCarthy, L., & Shean, G. (1996). Agoraphobia and interpersonal relationships. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 477-487.
- Monroe, S. M., & Hadjiyannakis, K. (2002). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. In Gotlib, Ian H & Hammen, Constance L (Eds.), *Handbook of depression*. (pp. 314-340). New York, NY, US: Guilford Press

- Nezu, A. M. (1986). Negative life stress and anxiety: Problem solving as a moderator variable. *Psychological Reports, 58*, 279-283.
- Oppenheimer, K., & Frey, J. (1993). Family transitions and developmental processes in panic-disordered patients. *Family Process, 3*, 341-352.
- Perez, M., Pettit, J. W., David, C. F., Kistner, J. A., & Joiner, T. E., Jr. (2001). The interpersonal consequences of inflated self-esteem in an inpatient psychiatric youth sample. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 69*, 712-716.
- Powers, J. F. (1984). Dimensions of agoraphobia in married women: Assertiveness, marital satisfaction and sex role influences. *Dissertation Abstracts International, 45*, 684-685.
- Pyke, J., & Roberts, J. (1987). Social support and married agoraphobic women. *Canadian Journal of Psychiatry, 32*, 100-104.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 1-8.
- Renshaw, K. D., Chambless, D. L., & Steketee, G. (2006). The Relationship of Relatives' Attributions to Their Expressed Emotion and to Patients' Improvement in Treatment for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy, 37*, 159-169.
- Roy-Byrne, P. P., Vitaliano, P. P., Cowley, D. S., Luciano, G., et al. (1992). Coping in panic and major depressive disorder: Relative effects of symptom severity and diagnostic comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 179-183.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and Validation of a Brief Version of the Dyadic Adjustment Scale With a Nonparametric Item Analysis Model. *Psychological Assessment, 17*, 15-27.

- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York, NY: Guilford Press.
- Shean, G., & Uchenwa, U. (1990). Interpersonal style and anxiety. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 124, 403-408.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38, 15-28.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1997). Further evidence for the construct validity of the Beck Depression Inventory-II with psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 80, 443-446.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1997). Validation of the adaptation for the Quebec francophones of the Mobility Inventory for Agoraphobia. *Science et Comportement*, 26, 35-58.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M. C. (1998). Cross-cultural validation of the Body Sensations Questionnaire for the French-Canadian population/Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *Encéphale*, 24, 415-425.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1999). A Canadian French adaptation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire: Cross-cultural validation and gender differences. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 58-69.

- Turgeon, L., Marchand, A., & Dupuis, G. (1998). Clinical features in panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 539-553.
- Vitaliano, P. P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R. D., et al. (1987). Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 78-84.
- Vollrath, M., & Angst, J. (1993). Coping and illness behavior among young adults with panic. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 303-308.
- Wade, S. L., Monroe, S. M., & Michelson, L. K. (1993). Chronic life stress and treatment outcome in agoraphobia with panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1491-1495.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2004). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 328-379). London: Guilford Press.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). A clinical-research overview of couples interactions. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples intervention* (pp. 13-41). Chichester, England: Wiley.
- Weissman, M. M. (1991). Panic disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 6-8.
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction.. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.

TABLES

Table 1
Descriptive Analysis of PDA Symptom Severity in the Sample

PDA variables (pre-test)	<i>M</i>	<i>SD</i>
ADIS-IV-L PDA severity	5.81	1.06
Fear of bodily sensations (BSQ)	3.10	.75
Catastrophic thoughts (ACQ)	2.65	.62
Agoraphobic avoidance (accompanied) (MIAa)	2.31	.84
Agoraphobic avoidance (unaccompanied) (MIAu)	3.25	.81
Severity of anxiety symptoms (BAI)	28.29	14.90
Fear of consequences of anxiety (ASI)	33.69	11.05
Severity of Depression symptoms (BDI-II)	18.71	10.16

Table 2

Intercorrelations of GCICS dimensions between PDA spouse and NPDA partner

		PDA spouse (<i>N</i> =65)						
SGCIC dimension		1	2	3	4	5	5a	5b
NPDA Partner (<i>N</i> = 65)	1. Withdrawal	.30*	.20	.36**	-.05	-.09	-.16	-.09
	2. Dominance	-.02	.53**	.36**	-.05	.32*	.07	.32*
	3. Criticism and Hostility	-.17	.27*	.53**	-.13	.21	-.06	.21
	4. Support and Validation	.07	-.08	-.23	.60**	.25*	.20	.25*
	5. Problem Solving Skills	.04	.23	.08	.14	.47**	.12	.47**
	5a. Clarification	.04	.23	.08	.14	.47**	.12	.47**
	5b. Quality of solution	.02	-.14	-.05	.17	.14	.49**	.14

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 3

Correlations of PDA Severity and Socio-economical Variables

Socio-economical Variables	ADIS-IV-L PDA severity	Fear of bodily sensations (BSQ)	Catastrophic thoughts (ACQ)	Agoraphobic avoidance (accompanied) (MIAa)	Agoraphobic avoidance (unaccompanied) (MIAu)	Severity of anxiety symptoms (BAI)	Fear of consequences of anxiety (ASI)	Severity of Depression symptoms (BDI-II)
Age of PDA patient	-.06	.22	.35**	.17	.04	.02	.21	.18
Duration of cohabiting	-.05	.19	.29*	-.08	.04	.31*	.17	.14
Duration of PDA	.04	.05	.03	.18	.25*	-.26*	-.05	-.03
Number of Children	-.09	-.01	-.14	-.14	-.03	.31*	-.11	-.30*
Household income	-.04	-.43**	-.19	-.31*	-.34**	-.10	-.30*	-.26*
Marital problems caused by PDA	.27*	.17	.35**	.21	.15	-.05	.25*	.05

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 4
Correlations of Marital Interaction Variables (GCICS and EOI) and PDA Severity

Marital Interaction Variables	PDA clinical severity (ADIS-IV-L)	Fear of bodily sensations (BSQ)	Catastrophic thoughts (ACQ)	Agoraphobic avoidance (accompanied) (MIAa)	Agoraphobic avoidance (unaccompanied) (MIAu)	Severity of anxiety symptoms (BAI)	Fear of consequences of anxiety (ASI)	Severity of Depression symptoms (BDI-II)
PDA spouse (<i>N</i> = 65)								
SGCIC								
Withdrawal	-.17	-.30	-.04	.04	-.12	.09	-.10	-.06
Dominance	.27*	.31*	.24	-.09	.18	.28*	.31*	.06
Criticism and Hostility	.19	.33**	.32**	.13	.30*	.25*	.33**	.17
Support-validation	-.21	-.001	-.04	-.13	.01	.02	-.08	.18
Problem solving skills	-.11	.20	.08	-.03	-.04	.21	.09	-.07
Clarification –negotiation	-.11	.20	.08	-.03	-.04	.21	.09	-.07
Quality of solutions	-.10	-.28*	-.24	.19	-.18	.14	-.19	-.05
NPDA partner (<i>N</i> = 65)								
SGCIC								
Withdrawal	-.05	-.04	-.03	.13	.14	.05	-.11	-.20
Dominance	-.07	.29*	.38**	.05	.02	.18	.30*	.05
Criticism and Hostility	.11	.31*	.39**	.03	.17	.19	.29*	.08
Support-validation	-.26*	-.15	-.31*	-.31*	-.24	.09	-.22	-.09
Problem solving skills	.07	.14	-.05	-.26*	-.13	.11	.08	.08
Clarification –negotiation	.07	.14	-.05	-.26*	-.13	.11	.08	.08
Quality of solutions	-.07	-.25*	-.19	-.07	-.15	.15	-.02	.02
EOI								
Intrusiveness	-.03	.23	.04	.05	.03	.17	.17	-.01
self-sacrifice	.03	.01	.12	.08	.13	.14	.13	.22

Note. SGCIC = Système Global de Cotation des Interactions Conjugales /Global Couple Interaction Coding System (Bélanger, Dulude, Sabourin, & Wright, 1993); *Note.* EOI= observation coding system for Emotional Overinvolvement (Fredman, Chambless, & Steketee, 2004);

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 5
Correlations of Marital Adjustment and PDA Severity

Marital self-report Variables	PDA clinical severity (ADIS-IV-L)	Fear of bodily sensations (BSQ)	Catastrophic thoughts (ACQ)	Agoraphobic avoidance (MIAa) (accompanied)	Agoraphobic avoidance (MIAu) (unaccompanied)	Severity of anxiety symptoms (BAI)	Fear of consequences of anxiety (ASI)	Severity of Depression symptoms (BDI-II)
PDA spouse (<i>N</i> = 65)								
Marital adjustment (DAS-4)	-.16	-.31*	-.46**	-.12	-.12	-.15	-.49**	-.26*
NPDA partner (<i>N</i> = 65)								
Marital adjustment (DAS-4)	-.15	-.20	-.39**	-.11	.03	-.11	-.32*	-.15

DAS - 4 = Dyadic Adjustment Scale (DAS-4; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 6

Hierarchical Regression Analysis for Interaction Marital Variables Predicting PDA symptom severity (N=65)

Step and predictor variables	R^2	ΔR^2	β	sr^2
PDA clinical severity (ADIS-IV-L)				
Step 1	.07*	.07*		
Marital problems caused by PDA			.27*	.07
Step 2	.14*	.07*		
Marital problems caused by PDA			.27*	.07
Dominance (PDA patient)			.26*	.07
Fear of bodily sensations (BSQ)				
Step 1	.18*	.18*		
Household income			-.43**	.18
Step 2	.33*	.15*		
Household income			-.42**	.17
Criticism and Hostility (NPDA partner)			.31**	.09
Quality of solutions (PDA patient)			-.22*	.05
Catastrophic thoughts (ACQ)				
Step 1	.23**	.23**		
Age			.33**	.11
Marital problems caused by PDA			.33**	.11
Step 2	.39**	.16**		
Age			.36**	.13
Marital problems caused by PDA			.33**	.11
Dominance (NPDA partner)			.40**	.16
Agoraphobic Avoidance accompanied (MIAa)				
Step 1	.08*	.08*		
Household income			-.31*	.10
Step 2	.15*	.07*		
Household income			-.27*	.07
Support-validation (NPDA spouse)			-.26*	.07
Agoraphobic Avoidance unaccompanied (MIAu)				
Step 1	.20**	.20**		
Household income			-.28*	.08
Gender ¹			.20	.04
Duration of PDA			.19	.04
Severity of Anxiety symptoms (BAI)				
Step 1	.21*	.21*		
Duration of cohabiting			.39**	.14
Duration of PDA			-.35**	.11
Step 2	.29*	.08*		
Duration of cohabiting			.40**	.15
Duration of PDA			-.37**	.13
Criticism and Hostility (PDA patient)			.29**	.08
Fear of consequences of anxiety (ASI)				
Step 1	.09**	.09**		
Household income			-.30*	.09
Step 2	.10**	.010**		
Household income			-.32**	.10
Criticism and Hostility (NPDA partner)			.31**	.10

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; ¹ Men were given the code 1 and women the code 2

CHAPITRE III

ARTICLE 2

Marital Interactions in Predicting Treatment Outcome in Panic
Disorder with Agoraphobia

Ghassan El-Baalbaki¹, Claude Bélanger^{1,2}, Michel Perreault^{1,2}, Donald H. Baucom³, Steffany J.
Fredman⁴ and Theodora Katerelos¹

¹University of Quebec in Montreal,

²McGill University and Douglas Hospital Research Center,

³University of North Carolina at Chapel Hill

⁴Boston University School of Medicine and VA Boston Healthcare System

Abstract

This study had two goals. First, it investigated marital interaction variables as predictors of treatment outcome in panic disorder with agoraphobia (PDA) in sixty-five couples with one spouse suffering from PDA. Second, it analyzed the impact of PDA improvement, following therapy, on marital interaction patterns of both spouses. The partners were observed during a problem solving task, before and after treatment. Negative behaviours at the outset of therapy, both in the PDA and the NPDA partners, predicted less improvement at post-test. It also appears that improvement in some PDA symptoms following therapy is linked to deterioration in the dominant behaviour of the NPDA spouse and to an improvement in terms of his intrusiveness.

Keywords: Panic disorder, agoraphobia, marital relationship, interpersonal relationship, observational coding, expressed emotions, emotional overinvolvement, treatment outcome, communication and problem-solving skills, and cognitive-behavioral therapy.

Introduction

Panic disorder with agoraphobia (PDA) afflicts one to two percent of the population yearly (American Psychiatric Association, 1994) and causes severe limitations to the individual and high costs for society (Katon, 1996). When compared to control subjects, PDA patients tend to be more dependent, less self-confident, more submissive, more demanding towards their spouses and generate fewer effective solutions during problem solving tasks (Brodbeck & Michelson, 1987; Eher et al., 2002; McCarthy & Shean, 1996; Shean & Uchenwa, 1990). They are more likely to have the impression of being criticized and are more irritable and hostile (Clair, Oei, & Evans, 1992; Fauerbach, 1992; Fava et al., 1993). Several studies link the onset, severity and evolution of PDA following treatment to interpersonal conflicts, marital stress, family problems, poor problem-solving skills, and expressed emotions in non-PDA spouses (Chambless et al., 2002; Chambless & Steketee, 1999; El-Baalbaki et al., 2008; Franklin & Andrews, 1989; Kleiner & Marshall, 1985; Mainguy, 2005; McCarthy & Shean, 1996). Although PDA seems to negatively affect the couple, the marital relationship can contribute to the development and maintenance of the disorder.

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is the most effective treatment for PDA (Page, 2002). Sixty-six to 80% of the individuals demonstrate a significant reduction in symptoms following treatment (Barlow & Lehman, 1996; Roth et al., 1996), however, a considerable proportion of patients do not get better. Moreover, only half of recovered patients are completely symptom free after treatment (Barlow & Brown, 1996) and residual symptoms are frequent even in cases with clinically significant remission (Barlow & Lehman, 1996; Fava et al., 2001; Noyes, Holt, & Woodman, 1996). Given the links between marital relationship and PDA, several studies have tested couple-based treatments for PDA combined to exposure therapy. These studies either

involved the spouse as a co-therapist or the couple received training in communication and problem solving skills. Results proved that couple-based treatments are equally effective in reducing PDA symptomatology, and tend to improve the quality of the relationship more than CBT for PDA without the partner (for a review see Byrne, Carr, & Clark, 2004; Marcaurelle, Bélanger, & Marchand, 2003). Nevertheless, a substantial number of patients do not improve even with the addition of the couple component.

In their efforts to enhance treatment, researchers focused on the study of marital factors that may interfere with therapeutic success of PDA. Results until now are inconclusive. According to some studies, better quality of marital relationship before treatment is linked to an improved treatment response after individual- or couple-based CBT for PDA. This may be due to PDA individuals perceiving their relationship as cohesive and their partner as supportive. Other studies found no association after treatment nor at follow-up (for a review see Byrne, Carr, & Clark, 2004; Daiuto, Baucom, Epstein, & Dutton, 1998; Marcaurelle, Bélanger, & Marchand, 2003). These mixed results may be due to methodological and conceptual limitations (Daiuto, Baucom, Epstein, & Dutton, 1998). Most of the studies in the literature were based on self-reported questionnaires even though behavioral observation is recommended as a very reliable method in measuring marital quality (Bélanger, Sabourin, & Wright, 1993; Daiuto, Baucom, Epstein, & Dutton, 1998). Dehle and Weiss (2002) have suggested that the anxiety of the PDA partner may influence both partners' perception and report of their marital quality. Moreover they tend to deny or avoid marital and interpersonal problems (Tillotson, 1992; Winter & Gournay, 1987). The couple may seem well adjusted or satisfied while having a dysfunctional interaction within the PDA relationship that was not detected by self-report marital measures (Daiuto, Baucom, Epstein, & Dutton, 1998). Moreover, as suggested by Carter, Turovsky, and Barlow (1994), a better definition

is needed regarding the nature of the relationship difficulties that are supposed to impact or be impacted by treatment. Conceptual and assessment differences between marital adjustment and marital satisfaction may have led to the different conclusions (Daiuto, Baucom, Epstein, & Dutton, 1998), while the measure of specific interpersonal variables like criticism and hostility for example, may lead to a better comprehension of the issue. Chambless and Steketee (1999) point out that high expressed emotions, particularly hostile criticism, by relatives of agoraphobic patients is a strong predictor of drop-outs and negative treatment outcome. They also found that non-hostile criticism is a strong predictor of a better outcome on behavioral avoidance test. Expressed emotions (EE) are considered to be high when relatives of patients show hostility, criticism, or emotional overinvolvement (EOI) in reference to the patient (Leff & Vaughn, 1985). Emotional overinvolvement as defined by Leff and Vaughn (1985), refers to the relative's intrusiveness, excessively self-sacrificing behaviour or exaggerated emotional response to the patient's illness. Several studies report correlations between EOI in relatives of psychiatric patients and poor treatment outcome, namely for patients with schizophrenia, anxiety disorders and eating disorders (Fredman, Chambless, & Steketee, 2004).

Although it is unclear whether marital difficulties are a predisposing or a maintaining factor of PDA, we can assume that treatment outcome is at times associated to marital variables that need to be clarified. Therefore, the first objective of this study is to use behavioral observation measures in order to shed light on specific components of the marital interaction of PDA couples and to determine the predictive marital interaction factors of PDA treatment outcome.

Alternatively, it has also been argued that PDA symptoms may offer secondary gains for one or both partners. Therefore improvement of PDA during or after treatment may induce a threat in couples with pathological relationships, and the destabilization within the relationship may

compromise the therapeutic gains and precipitate relapse (Goldstein & Chambless, 1978; Goodstein & Swift, 1977; Hafner, 1977a, 1977b; Hoffart, 1997; Webster, 1953). Nevertheless, results from empirical studies do not support this theory. In fact, none of the studies found successful PDA treatment outcome to be prejudicial to the quality of the marital relationship. On the contrary, several studies showed that marital quality improved (Arrindell, Emmelkamp, & Sanderman, 1986; Cerny, Barlow, Craske, & Himadi, 1987; Cobb, Mathews, Childs-Clarke, & Blowers, 1984; Himadi et al., 1986; Kleiner, Marshall, & Spevack, 1987; Lelliott et al., 1987; Monteiro, Marks, & Ramm, 1985). The above studies were mainly based on self-reported measures. This study will try to clarify the impact of PDA symptom reduction on specific components of the marital interaction retained for this study and that will be discussed hereafter.

The current data was taken from a study comparing the efficacy of two treatments modalities for PDA, a standard cognitive-behavior therapy versus a treatment combining CBT to training in communication and problem-solving skills for the couple. Overall findings revealed that both treatments were equally effective in reducing all PDA symptoms and that there was no significant difference between the two (Marcaurelle, Bélanger, Marchand, El-Baalbaki, & Guay, 2004). Thus, in the present study, the two treatment groups are collapsed across treatment modalities.

We hypothesize that 1) negative communication patterns, like criticism and hostility, dominance, and avoidance at the outset of therapy will predict less improvement¹ after treatment while positive patterns like support and good quality solutions in problem solving will predict a better treatment outcome, 2) PDA patients with spouses presenting high in emotional overinvolvement (EOI) at pre-test, will improve less than those with lower (EOI), 3) improvement

¹ Improvement is measured by the Clinical Significant Improvement (CSI) for PDA measures.

of PDA symptomatology will predict improvement in the quality of interaction patterns at post-test regardless of treatment modality, and 4) improvement of PDA symptomatology will predict improvement of the EOI in the non-PDA spouse at post-test .

Method

Participants

The sample initially consisted of 65 heterosexual couples in which one spouse met the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) criteria for a primary diagnosis of panic disorder with agoraphobia (PDA) for at least six months, with a severity ranging from moderate to severe according to the Anxiety Disorders Interview Schedule, Lifetime Version (ADIS-IV-L; DiNardo, Brown, & Barlow, 1994). The higher ratio in women (2:1) reported by White and Barlow (2004), is reflected in our sample of 19 men and 46 women with PDA.

Recruitment of this sample occurred through advertisements in the Montreal metropolitan area local newspapers ($n = 47$), at the Douglas Hospital Anxiety Clinic ($n = 12$), and at the Centre for Intervention for Cognitive-Behavioral Therapy at Louis-H. Lafontaine Hospital ($n = 6$) on a span of four years.

To be included in this study, participants had to meet the following criteria: (a) age between 18 and 65; (b) married or cohabitating with the same partner for at least one year; (c) a primary DSM-IV diagnosis of PDA assigned by a psychiatrist; (d) a primary diagnosis of PDA according to the ADIS-IV-L (DiNardo, Brown, & Barlow, 1994), with a clinical severity rating of four or more on a scale ranging from zero (none) to eight (very severely disturbing-disabling) and

present for at least six months; and (e) if a secondary DSM-IV axis I diagnosis was present, its clinical severity rating according to the ADIS-IV-L should be two or more levels lower than the PDA rating. Exclusion criteria included: (a) the presence of substance-related, psychotic, or bipolar disorders; (b) the presence of any unstable medical condition; (c) the presence of mental retardation; and (d) having followed psychotherapy for PDA in the past 12 months.

Out of the 65 PDA patients only 56 (sub-sample 1; 17 men and 39 women) completed both the treatment and the PDA post-test questionnaires, while only 37 (sub-sample 2; 12 men and 25 women) completed the treatment, the PDA post-test questionnaires and the post-test videotaped problem solving interaction. The current analysis will be based on the statistically adequate sub-sample for each hypothesis. Sub-sample 1 will be referred to as sub-sample without post-test interaction, and Sub-sample 2 will be referred to as sub-sample with post-test interaction.

Descriptive statistics for socioeconomic variables of the two sub-samples are presented in Table 1.

 (Insert Table 1)

Measures

In addition to the assessment of the overall clinical severity of PDA using the ADIS-IV-L interview during the selection process, all participants completed a battery of questionnaires, including a general information socio-demographic questionnaire — constructed by the authors for the needs of this study — and seven self-reported PDA symptoms measures:

Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984).

The BSQ measures the degree of fear associated with various bodily sensations in periods of

anxiety or fear. It is composed of 18 items evaluated on a 5-point scale. The psychometric properties of the French–Canadian version employed in this study are equivalent to those of the English version (Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1998). The Cronbach's index of internal consistency (α) for the BSQ in this study is 0.90.

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984). The ACQ is composed of 15 items on a 5-point scale which evaluate the frequency of catastrophic thoughts in periods of anxiety or fear. Psychometric properties of the French–Canadian version of the ACQ used here are similar to those of the English version (Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1999). In the current study, Cronbach's index of internal consistency (α) for this measure is 0.74.

Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985). This questionnaire measures the degree of avoidance of various locations or situations according to two scales, i.e., when accompanied by another person and when alone. The psychometric properties of the French–Canadian version of this questionnaire were found to be quite equivalent to those of the English version (Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1997). In our sample, the first scale, measuring the avoidance of the patient when accompanied has an alpha of 0.93, and the second scale measuring the avoidance when alone has an alpha of 0.92.

Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986). The ASI measures fear of anxiety, more specifically fear of possible somatic, psychological and social consequences of anxiety symptoms. It contains 16 items rated on a 5-point scale. It was associated more closely to agoraphobia as compared to other disorders and its psychometric properties have been well-established (Reiss et al., 1986). The French-Canadian version of the ASI was found to

be valid and sound with the English version (Marchand, Stephenson, Feeney, & Marchand, 1999). In this study the internal consistency for this measure is 0.83.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). This 21-item questionnaire, rated on a 4-point scale, examines the degree to which participants were affected by their physical and cognitive symptoms experienced during the past week. We used the French-Canadian version of the BAI which psychometric properties were found to be similar to those of the English version (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994). The index of internal consistency in this study is 0.94.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996). The BDI-II is composed of 21 items measuring symptoms of depression on a 4-point scale during the preceding two weeks and its psychometric properties are well documented (Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1997). Since the BDI-II is more consistent with the DSM-IV criteria for major depressive disorder, we used a French-Canadian version of BDI-II, though we could not find any validation for it. However, the 1961 and the 1978 editions of the BDI have been validated in their French-Canadian versions and found to be equivalent to those of the English original version of the same (Bourque & Beaudette, 1982; Gauthier, Morin, Thériault, & Lawson, 1982). In this study the internal consistency for this measure is .90

To measure marital functioning we used two self-reported marital measures and two observational coding systems of the spouses' marital interactions:

Dyadic Adjustment Scale -4 (DAS-4; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). The DAS-4 composed of 4 self-reported questions is a brief French-Canadian validated version based on the original 32-items Dyadic Adjustment Scale proposed by Spanier (1976). The authors of this short version proved that it could be used as a continuous measure of couple satisfaction and to

categorize participants into distressed and non-distressed groups. In our study, Cronbach's index of internal consistency was 0.85 for the PDA spouses and 0.80 for the non-PDA partners.

Questionnaire for the sources of agreement and disagreement (QSAD; Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990). The QSAD is a French-Canadian self-report questionnaire inspired from the Potential Problem Check List (PPCL; Patterson, 1976). This 26-item questionnaire reflects themes constituting a source of conflict for the couple (e.g. child education, relationship with in-laws etc.)

The Global Couple Interaction Coding System (GCICS; Bélanger, Dulude, Sabourin, & Wright, 1993). The GCICS is a macro-level coding system used to code video-taped marital problem-solving interactions. It evaluates each partner on five components of their verbal and non-verbal marital interaction during a problem-solving situation. Behaviors are rated according to four levels of severity (absent- mild- moderate- excessive). The five components of the GCICS are divided into three negative dimensions: (a) avoidance of, and withdrawal from, the discussion, (b) dominance, asymmetry in the control of the conversation, and (c) hostility, criticism and conflict; and two positive dimensions: (a) support and validation, which reflect active listening and warmth; and (b) problem-solving skills. The latter dimension is composed of two sub-categories: (1) efforts at clarification and negotiation, desire to find solutions, and (2) quality of proposed solutions.

The observational coding system for Emotional Overinvolvement (EOI; Fredman, Chambless, & Steketee, 2004). The EOI, permits individual ratings for intrusiveness, excessive self-sacrifice and exaggerated emotional response displayed by the relative (parent, spouse, and sibling) of a psychiatric patient during a video-taped problem-solving interaction. Each dimension is scored on a scale that ranges from none (1) to marked (5). The authors of this coding system define (a) intrusiveness as the relative's attempt to exert psychological or physiological control

over the patient's well-being through age-inappropriate means, overprotection, and control, (b) excessive self-sacrifice as the relative's consistently and unreasonably placing the patient's needs ahead of his or her needs, and (c) exaggerated emotional response to the patient's illness as the relative's excessive anxiety directly related to the patient's welfare as shown by excessive emotionality, empathy, or melodrama regarding the patient's well being.

The videotapes were coded by two different graduate students in clinical psychology, trained to criterion by the first author of this study, one coded with the GCICS and the other with the EOI coding system. The coders were unaware of the research hypotheses. We tested interrater reliability using intraclass correlations on tapes of 25 couples randomly selected. Interrater reliability was proved to be excellent for all dimensions of GCICS $\rho_I(3,1) = [0.63; 0.94]$ and for all dimensions of the EOI coding system $\rho_I(3,1) = [0.95; 0.99]$ (Shrout & Fleiss, 1979).

Global Functioning Index (GFI). This index is a composite measure of clinically significant changes calculated on the basis of all PDA severity questionnaires (BSQ, ACQ, MIA, ASI, BAI, BDI-II) according to a procedure proposed by Jacobson and Truax (1991). Among the three possible ways provided by these authors to determine a cutoff point for clinically significant change, the "C score" was used for the current analysis. The cutoff score is the level a subject has to cross at post-test assessment in order to be considered as having experienced a clinically significant change for a given variable. The "C" cutoff point represents the level of functioning that places the patient closer to the mean of normal population than to that of a dysfunctional population. Data for normal population were taken from the questionnaire validation studies mentioned above. Validation data on French-Canadian normal population was preferred when available. When a patient's score for a variable was lower than the cutoff point, a mark of one (1) was given indicating a clinically significant improvement (CSI); a mark of zero (0) was given

when the individual score was higher than the cutoff point indicating that there was no CSI. The overall clinical PDA severity according to ADIS-IV-L interview does not require a C score and was also used for calculation of the total GFI score. When the PDA severity according to ADIS-IV-L interview at posttest was equal to, or less than three, a score of one (1) was added to the GFI total score, and when clinical severity was between four and eight, a score of zero (0) was given. All the C scores were added for a potential maximum total of eight. The total GFI variable was further divided into three sub-variables or clinical levels of functioning. Total GFI scores of 6, 7 or 8 meant a high level of functioning; 3, 4 or 5 a moderate level; and 0, 1 or 2, a low level. Ten participants, had missing data for 1 or 2 questionnaires, were also given a GFI score, as a rule of three was used to balance their marks with those who completed all the questionnaires.

Before the beginning of treatment (pre-test) and one week after the end of it (post-test), PDA patients were asked to answer all the questionnaires, whereas their partners were expected to respond only to the DAS and the QSAD. Both partners had to be video-taped during a 15 minutes problem-solving interaction, once at pre-test and once at post-test.

An outcome measure for GCICS was calculated as follows. If a global negative behavior (first three categories of the GCICS) was present before treatment and absent after treatment or if a global positive behavior (fourth and fifth categories of the GCICS) was absent before treatment and found to be present after treatment a mark of one (1) was given indicating improvement. If a behavior was absent (respectively, present) before and after treatment, a mark of zero (0) was given indicating no change. Finally if a negative behavior was absent before treatment and present after treatment or if a positive behavior was present before treatment and absent after treatment, a mark of minus one (-1) was given, indicating deterioration.

An outcome measure for EOI was calculated by applying the same logic as for the negative behaviors of the GCICS.

Procedure

Selection of participants. Following a telephone preliminary screening, all participants were assessed with the ADIS-IV-L by an experienced advanced graduate student in clinical psychology. Participants with a primary diagnosis of PDA, were then evaluated by a psychiatrist to confirm the diagnosis and absence of exclusion criteria. Interrater reliability test of PDA diagnosis and PDA severity according to the ADIS-IV-L, showed a strong concordance with a Kappa coefficient of 0.77. All PDA patients and their spouses provided informed consent.

Interaction task. The participants were invited with their partners to one of the participating clinics for the videotaped problem-solving interaction task. Results on the QSAD were used to propose a topic for the discussion that both partners found to be a source of moderate conflict and agreed to discuss then we left the couple with the instructions to discuss the problem for 15 minutes and to work toward finding solutions that would mutually satisfy them. This procedure is very reliable even when one spouse has a clinical disorder, and it is commonly used in marital research to identify interaction patterns in couples (Weiss & Heyman, 1997).

Treatment. Following assessment procedure, PDA patients were randomly assigned to a standard PDA cognitive-behavior group therapy without the spouse (14 sessions), or to a combined intervention including a condensed version of the standard cognitive-behavior therapy (7 sessions) and a training which involved the non-agoraphobic spouses and focused on communication and problem-solving skills in the couple (7 sessions). All three-hour sessions were conducted by psychologists duly trained in PDA and/or couple cognitive-behavior therapy. Among the 56

participants who completed the treatment and the post-test questionnaires (sub-sample without post-test interaction), 30 (8 men and 22 women) received the standard cognitive-behavior therapy and 26 (9 men and 17 women), the combined therapy. Among the 37 participants of the sub-sample with post-test interaction — who completed the treatment, the post-test questionnaires and the video-taped interaction — 18 (5 men and 13 women) received the standard cognitive-behavior therapy and 19 (7 men and 12 women) the combined therapy. The standard therapy included the following main strategies: cognitive restructuring about symptoms and fears associated with panic attacks, breathing retraining, exposure to interoceptive stimuli, and in vivo graduated exposure to feared situations (Barlow & Cerny, 1988). The first block of the combined treatment provided all the information and exercises covered during standard therapy, while devoting only half the time for each item during the sessions. Spouses joined the group at the start of the second block. The following items were taught during the second block: active listening, constructive expression of emotions, identification of hidden expectations, problem-solving strategies (Guay, Boisvert, Beaudry, & Bujold, 1999; Markman, Blumberg, & Stanley, 1993a, 1993b), management of anger (Wright, 1990), and agoraphobic marital interaction patterns (Guay & Marcaurelle, 1999). Every session, PDA patients were also encouraged to carry on with their in vivo exposure.

Results

General and Descriptive Results

Group Homogeneity

We controlled group homogeneity for the two sub-samples independently; running independent *t*-tests and Chi square tests to verify that there was no significant differences in terms

of PDA baseline symptoms, marital adjustment, and problem-solving interactions, (a) among participants recruited from advertisements and those recruited from either one of the two clinics (b) between the standard and combined treatment groups, and (c) according to medication intake. Results showed no significant differences ($ps > .05$) except for participants from the sample with pre- and post-test interactions, recruited from the participating clinics who reported respectively more fear of bodily sensations and more agoraphobic avoidance when unaccompanied than those recruited from advertisement $t(35) = 2,12, p < .05$, and $t(35) = 2,1 p < .05$.

PDA Clinically Significant Improvement After Treatment

Results as measured by the global-functioning index (GFI) show that 84% of the participants from the sub-sample without post-test interaction, reached a high level of functioning, 7% reached a moderate level of functioning and 9% were still at a low level of functioning. For the sub-sample with post-test interaction, 81% of the participants reached a high level of functioning, 11% reached a moderate level of functioning and 8% were still at a low level of functioning.

Marital Adjustment in the Two Sub-samples Before and After Treatment

Before treatment, 37 PDA Spouse and 38 NPDA spouse, from the sub-sample without post-test interaction ($N = 56$), reported to be maritally adjusted. After treatment, 31 PDA Spouse and 32 NPDA spouse, reported to be maritally adjusted. Data was missing for 14 PDA spouse and 16 NPDA spouse at post-test for this sub-sample.

Our sub-sample with post-test interaction ($N = 37$) showed at pre-test that, 26 PDA spouse and 28 NPDA spouse were maritally adjusted. At post-test, 28 PDA spouses were maritally adjusted. As for the NPDA spouses, 30 reported to be maritally adjusted whereas, six reported not

to be, one data was missing. The Pearson correlation of marital adjustment between partners was strong in both sub-samples ($r_s = .68$ to $.75$, $ps < .0001$). A repeated measure ANOVA, showed no treatment effect on the dyadic adjustment scale of both PDA and NPDA spouses ($ps > .05$). Tests within-subjects effects proved that after treatment DAS scores of participants who received the standard treatment are not significantly different than those of participants who received the combined treatment.

Marital Interaction in the Two Sub-samples According to the GCICS and EOI Before and After Treatment

Due to the non normal distribution of severity for each measured dimension in the sample, we dichotomized the severity ranges of each dimension of the GCICS and the EOI coding system. Subsequent analyses will only take into consideration the presence or absence of behavior and not its severity. Chi square analyses showed that before treatment, more quality solutions were present in PDA men, than in PDA women, $\chi^2(1, N = 56) = 5.65$, $\phi = .31$, $p < .05$. There were no significant differences in the marital interaction after treatment due to gender. We did not find any difference between the EOI behaviors of NPDA men and NPDA women both before and after treatment ($ps > .10$).

We also performed for each dimension of the GCICS a McNemar test for paired data to verify whether the coded behavior significantly differ among the PDA participants and their spouses and found no difference ($ps > .38$). Positive intercorrelations for each dimension of the GCICS are found between spouses both before and after treatment ($r_s = .29$ to $.90$, $ps < .05$), as shown in Table 2, indicating that the presence of a behavior in one partner is linked to the presence of the same behavior in the spouse.

 (Insert Table 2)

A hierarchical log-linear analysis did not show the presence of any interaction effect between gender, the presence of PDA or not and the coded marital interaction behavior in the sample both at pre-test ($N=56$) and at post-test ($N=37$) ($ps > .05$).

Therapy effect on treatment outcome

Given that, the aim of this study is neither to explore the effect of treatment nor to compare the effect of the two treatment modalities, the following analysis aims only to ascertain the efficacy of therapy, with no distinction between the standard and the combined one, in order to give a solid ground for the consequent prediction analysis. The analyses of the relative efficacy of standard and combined treatments of this study were discussed in another paper (Marcaurelle et al., 2004). In addition, comparing the relative effects of both treatments on the quality of the marital interaction at post-test cannot be done due to the small size of the sub-sample with post-test interaction ($N=37$) causing insufficient power to detect medium effect sizes or higher, in between-group comparison.

In terms of within-group (pre-test, post-test) analysis, we found adequate power to detect at least medium effect sizes, a repeated measures ANOVA was performed on the first sub-sample ($N=56$) — with subjects having completed only the pre-test interaction task and both the treatment and pre- and post-test self-report questionnaires (Table 3). The analysis showed a main effect of treatment on all PDA variables ($ps < .0001$) confirming that treatments indistinctively produced significant improvements on all PDA symptoms.

In order to see if there was a significant effect of treatment on the marital interaction behaviors and on the non-PDA spouses' EOI, another repeated measures ANOVA was performed at pre-test and post-test on the sample with post-test interaction ($N=37$), and no significant results were found ($ps > .10$).

(Insert Table 3)

Preliminary Analyses of Variables

Analysis of Socio-economical Variables and Clinically Significant Improvement (CSI) of PDA

(Sub-sample 1, sub-sample without post-test interaction)

Pearson correlation analyses reveal that a higher household income is linked to improvement of PDA severity as measured by the ADIS-IV-L ($r = .32, p < .05$), and a shorter time of cohabiting is linked to improvement on the measure of fear of consequences of anxiety ($r = -.30, p < .05$).

Preliminary Analysis of pre-test Marital Interaction Variables and Clinically Significant Improvement (CSI) of PDA (Sub-sample 1, sub-sample without post-test interaction)

Pearson correlations (Table 4) show that when PDA participants present criticism and hostility behaviors during problem solving interaction at pre-test, they tend to improve less in terms of global functioning and show less improvement in agoraphobic avoidance when unaccompanied and less improvement on clinical severity of PDA (as per ADIS-IV-L) after the

treatment ($rs = -.28$ to $-.35$, $ps < .05$). As for the NPDA spouses' problem solving interaction at pre-test, results show that presence of withdrawal is linked to a clinically significant improvement in terms of depression symptoms ($r = .27$, $p < .05$), whereas the presence of dominance is linked to less improvement in terms of global functioning of the PDA participants and less clinically significant improvement in agoraphobic avoidance when unaccompanied ($rs = -.28$ to $-.30$, $ps < .05$). Finally, when NPDA spouses show support and validation at pre-test, PDA participants tend to show a clinically significant improvement in terms of clinical severity of PDA (as per ADIS-IV-L) after the treatment ($r = .27$, $p < .05$).

(Insert Table 4)

Analysis of PDA Clinically Significant Improvement (CSI) and Marital variables' outcome (sub-sample 2, sample with post-test interaction)

Pearson correlation analysis, show that a clinically significant improvement of the fear of bodily sensation (BSQ) is linked to a deterioration in terms of dominance behavior in the NPDA spouse ($r = -.33$, $p < .05$), meaning that when the BSQ improves the NPDA partners tend to present more dominance behavior during post-test problem solving marital interaction than they did in pre-test. The same observation is made when the global functioning index of the PDA patient is higher ($r = -.33$, $p < .05$). In addition, a better CSI on the fear of consequences of anxiety is linked to a deterioration between pre-test and post-test in the NPDA spouse's quality of solutions ($r = -.39$, $p < .05$). The same observation is made when the CSI on the depression scale is higher ($r = -.52$, $p < .01$). When it comes to the outcome on the EOI variables, we observe that

NPDA partners show improvement in terms of intrusiveness when the PDA spouse reports a higher CSI on the catastrophic thoughts scale ($r = .34, p < .05$) and a higher GFI ($r = .33, p < .05$).

Tests of Predictions

Pre-test Marital Interaction Variables as Predictors of PDA Clinical Significant Improvement

In order to verify if marital interaction variables during a problem solving interaction task at the outset of therapy — as measured by the GCICS and the EOI coding systems — will predict PDA treatment outcome, we performed a two blocks hierarchical regression analysis. In step 1 we included all personal and marital socio-economical variables that are significantly correlated to the outcome variable, after having controlled for collinearity within variables. In step 2, we included all marital interaction variables for both the PDA and NPDA spouses by order of correlation power (stepwise selection) to find out whether or not the dimensions of the GCICS and those of the EOI coding system add a predictive value to variables in step 1, and if so which dimensions are the best predictors of a clinically significant improvement of PDA symptoms as measured by the ADIS-IV-L, the BSQ, the ACQ, the MIA(a), the MIA(u), the BAI, the ASI and the BDI-II, after treatment.

Results, presented in Table 5, show that when PDA patients present criticism and blame behavior during problem solving at pre-test, we predict a less clinically significant improvement on the PDA clinical severity (as per ADIS-IV-L), as well as a lower global functioning as measured by the GFI scale, with respectively 9% and 7% of the variances explained. Now from the NPDA partners' side, the presence of dominance at pre-test predicts less clinically significant improvement in agoraphobic avoidance when unaccompanied, after treatment with 9% of the variance explained. When the NPDA partner manifests withdrawal at pre-test, the depression's

symptoms improve significantly after treatment, with 7% of the variance explained. Finally, the EOI did not prove to have any predictive value in the present analysis.

(Insert Table 5)

Clinically Significant Improvement of PDA Variables as Predictors of Marital Interaction

Outcome

Finally, we wanted to see if improvement of PDA symptoms after treatment would predict improvement of marital interaction, during a problem-solving task, between the spouses and improvement in the EOI of the NPDA spouse as measured by the GCICS and EOI coding systems after treatment. Given that none of the socio-economic variables correlated with the marital outcome measures, we ran a one block hierarchical regression analysis in which we included all PDA CSI variables by order of correlation power. Results show that clinically significant improvement on some of the PDA symptom variables after treatment add a predictive value in terms of marital interaction outcome. Results displayed in Table 6, show that a clinically significant improvement in terms of fear of bodily sensations predicts deterioration in terms of dominance behavior in the NPDA partner, with 10% of the variance explained. Likewise, a clinically significant improvement of depression symptoms as measured by the BDI-II predicts a deterioration of the NPDA partner's quality of solutions, explaining 27% of the variance. Finally, an improvement in terms of catastrophic thoughts predicts an improvement in terms of NPDA partner's intrusiveness at post-test, with 11% of the variance explained.

(Insert Table 6)

Discussion

The results of this study partially confirmed two out of four hypotheses. Our first hypothesis stating that PDA patients with negative interaction patterns within their relationship at the outset of therapy will improve less at post-test and those with positive patterns will improve more, was partially confirmed. Regression analysis showed that only the presence or absence of negative interaction patterns before therapy predicted PDA treatment outcome. More specifically, higher levels of hostility and criticism in the agoraphobic spouse at pre-test predicted less improvement in PDA severity as measured by the ADIS-IV and less improvement in global functioning as measured by the GFI score. Criticism and hostile behavior of the PDA partners reflects a defensive attitude during the problem-solving task which may be due to their tendency to be less problem-focused in their coping style (Roy-Byrne et al., 1992) and less confident in their problem solving abilities (Brodbeck & Michelson, 1987). Confidence in problem solving abilities predicted treatment outcome of PDA catastrophic thoughts and depression (Marcaurelle et al., 2004). From another perspective, Filak, Abeles, and Norquist (1986) found hostile and resentful attitudes toward others to be highly predictive of the patients' level of collaborative, positively toned participation in the therapeutic relationship. Though Filak's et al. study was based on short-term individual psychodynamic therapy, this explanation might apply to our PDA participants who showed hostile interpersonal attitudes toward their spouses before therapy began. Further research is needed for this observation.

The presence of dominant behavior in the NPDA spouse's marital interaction at pre-test, was predictive of less improvement in agoraphobic avoidance when the PDA partner is unaccompanied. Dominant partners may take charge while accompanying their PDA counterpart to feared situations. Participants with PDA facing these feared situations with their partner may experience feelings of low self-efficacy and little self-control. This type of interaction may reinforce the patients' desire to escape or avoid, and to be accompanied by their dominant partners thus rendering exposure less effective for this clientele. Positive interaction behaviors including support and validation or quality of solutions, were not predictive of PDA treatment outcome.

Post-treatment depressive symptoms also improved when the NPDA partners showed withdrawal behavior during pre-treatment problem-solving task. Research shows that during a problem-solving task partners tend to focus their attention to the dysphoric feelings and depressive symptoms experienced by the PDA client rather than on their problematic issue (Hautzinger, Linden, & Hoffman, 1982; McCabe & Gotlib, 1993; Merikangas, Ranelli, & Kupfer, 1979; Perez, Pettit, David, Kistner, & Joiner, 2001; Segrin, 2001). In such couples, clinical spouses perceive their partners as more dominant, more criticizing and they find their interactions less friendly and more hostile thus, fueling a feeling of helplessness that is known to maintain depressive symptomatology (Hautzinger, Linden, & Hoffman, 1982; McCabe & Gotlib, 1993; Merikangas et al., 1979). Lower perceived criticism has also been shown to predict a better treatment outcome for depression (Hooley & Teasdale, 1989). These studies appear to support our findings. The presence of withdrawal behavior in NPDA partners seems to positively affect their depressed PDA counterparts' perception of how critical their partners are and how helpless they feel towards problematic situations, thus favoring remission after treatment.

Given that EOI did not show to be predictive of PDA treatment outcome, we could not confirm our second hypothesis stating that PDA patients with spouses high in emotional overinvolvement (EOI) at pre-test, will improve less than those with lower (EOI). This could be due to the severely restricted range of EOI scores in this sample.

Our third hypothesis stipulating that improvement in PDA symptoms would predict greater quality of problem-solving interaction patterns at post-test regardless of treatment modality was unfounded. Results from the hierarchical regression analysis showed that significant improvement in fear of bodily sensations predicted deterioration in the dominance behavior of the NPDA partner after treatment. We also found that improvement in depressive symptoms predicted deterioration in the PDA partner's quality of problem solving. Greater global functioning in PDA following treatment was correlated with lower levels of dominance in NPDA partners' dominance. Significant reduction in fear of the consequences of anxiety was linked to poorer quality in the NPDA partners' problem solving. These results support the theory of a pathology based marital functioning (Goldstein & Chambless, 1978; Goodstein & Swift, 1977; Hafner, 1977a, 1977b; Hoffart, 1997; Webster, 1953). El-Baalbaki et al. (2008) found that: (a) prior to treatment, the presence of dominant behavior in the NPDA spouses was linked to higher symptom severity in their PDA partners, specifically in terms of catastrophic thoughts, fear of bodily sensations and fear of the consequences of anxiety; and (b) marriages of PDA patients do not seem to be more distressing than that of non PDA partners. In addition, the present study showed the marital adjustment of both PDA and NPDA partners did not significantly change after treatment. Thus, it is plausible to suggest that following symptom improvement in the PDA partner, the NPDA spouse may perceive a threat to their relationship dynamic revolving around the PDA symptomatology.

As a result they may have increased their dominant behavior to maintain the status-quo of the relationship.

Our last hypothesis stating that PDA symptom improvement will predict improvement in EOI behavior of the NPDA spouse, after treatment, was partially confirmed. Regression analysis findings showed that improvement in catastrophic thoughts predicted improvement in intrusive behavior of the NPDA spouse. In addition, correlation analyses showed a similar link between intrusiveness and improvement in global functioning. Intrusiveness is defined as the relative's attempt to exert psychological or physiological control over the patient's well-being through age-inappropriate means, overprotection, and control. These results are surprising given the similarities between intrusiveness and dominance. However, the discrepant findings may be due to the differences in coding. Intrusiveness was coded as control or dominance exerted in relation to PDA symptoms, whereas dominance, as coded by the GCICS, reflected control over a broader range of problematic situations. When catastrophic thoughts improve following treatment, PDA patients are less likely to complain to their NPDA partners about their symptoms. Less complaining leaves the NPDA spouse with little opportunity to intrude.

Limits and Future direction

This study suggests that both therapy and marital interactions play an important role in the maintenance or improvement of PDA symptoms. Nevertheless, there are several limitations associated with it. First, we did not have a clinical control group to compare with the treatment group. Second, information was not available regarding the presence of psychopathology in the NPDA partners. Thus, it is not known whether their observed behaviors are influenced by a

psychiatric disorder. Finally, one-third of the couples did not participate to the post-test interaction task, which reduced the sample size and the power of some of the statistical analyses.

Further research is needed on marital dynamics of PDA couples that is based on observational coding. Moreover, follow-up measures may enhance understanding of the current findings. For instance, measuring changes in the quality of the marital interaction up to 12 months after treatment may provide predictive information regarding the evolution of PDA symptoms. It would be interesting to determine whether an increase in dominant behaviors in NPDA partners, negatively impacts the therapeutic gains made by their PDA spouse. If therapeutic gains are maintained, changes in the couple's dyadic adjustment, marital satisfaction, and marital interaction should be assessed. Finally, it would be important to determine whether couples who re-establish their negative pre-treatment marital dynamics have an impact on relapse in PDA and depressive symptoms.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., & Sanderman, R. (1986). Marital quality and general life adjustment in relation to treatment outcome in agoraphobia. *Advances in Behaviour Research & Therapy Vol 8* 1986, 139-185.
- Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1996). Psychological treatments for panic disorder and panic disorder with agoraphobia. *Mavissakalian, Matig R (Ed); Prien, Robert F (Ed), (1996). Long-term treatments of anxiety disorders.* (pp. 221-240). xii, DC, US: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry, 53*, 727-735.
- Barlow, D. H., Mavissakalian, M., & Hay, L. R. (1981). Couples treatment of agoraphobia: Changes in marital satisfaction. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 245-255.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students/étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 14, 211-218.
- Bélanger, C., Dulude, D., Sabourin, S. p., & Wright, J. (1993). Preliminary validation of a global system for coding marital interactions/Validation préliminaire d'un système global de cotation des interactions conjugales. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 483-498.
- Bélanger, C., Sabourin, S., & Wright, J. (1993). Recent developments in the study of communication and marital distress: Evolution or revolution? / Les développements récents dans l'étude de la communication et de la détresse maritale: évolution ou révolution? *Canadian Psychology. Special Issue: 50 years of psychological research at the Psychology Department of the University of Montreal* 34, 3-25.
- Bland, K., & Hallam, R. S. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 335-338.
- Bourgeois, L., Sabourin, S. p., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Brodbeck, C., & Michelson, L. (1987). Problem-solving skills and attributional styles of agoraphobics. *Cognitive Therapy and Research. Special Issue: Anxiety: Cognitive factors and the anxiety disorders*, 11, 593-610.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26, 105-125.

- Carter, M. M., Turovsky, J., & Barlow, D. H. (1994). Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 25-34.
- Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 18*, 401-415.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 35-44.
- Chambless, D. L., Fauerbach, J. A., Floyd, F. J., Wilson, K. A., Remen, A. L., & Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioral observation study. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 502-512.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 658-665.
- Clair, A. L., Oei, T. P., & Evans, L. (1992). Personality and treatment response in agoraphobia with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry, 33*, 310-318.
- Cobb, J. P., Mathews, A. M., Childs-Clarke, A., & Blowers, C. M. (1984). The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 144*, 282-287.
- Craske, M. G., & Zoellner, L. A. (1995). Anxiety disorders: The role of marital therapy. In Jacobson, Neil S., Gurman, Alan S. (Eds), *Clinical handbook of couple therapy*. (pp. 394-410). xi, NY, US: Guilford Press.

- Daiuto, A. D., Baucom, D. H., Epstein, N., & Dutton, S. S. (1998). The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: Implications of empirical research. *Clinical Psychology Review. Special Issue: Behavioral Couples Therapy*, 18, 663-687.
- de Ruiter, C., & Garssen, B. (1989). Social anxiety and fear of bodily sensations in panic disorder and agoraphobia: A matched comparison. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 11, 175-184.
- Dehle, C., & Weiss, R. L. (2002). Associations between anxiety and marital adjustment. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* Vol 136, 328-338.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. N.Y: Graywind Publications.
- Eher, R., Rau, H., Fruhwald, S., Ritter, K., Grunhut, C., Schmitt, M., et al. (2002). Intimate relationships of patients meeting a diagnosis of panic disorder/agoraphobia: Evidence for submissive and nonassertive conflict styles. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis* 31, 14-21.
- El-Baalbaki, G., Bélanger, C., Fredman, S., Baucom, D., Marcaurelle, R., & Marchand, A., (2008). *Marital interactions predict panic disorder with agoraphobia symptom severity* Unpublished manuscript.
- Fauerbach, J. A. (1992). Marital interaction patterns of couples with and without an agoraphobic partner. *Dissertation Abstracts International*, 52, 5530-5531.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Saviotti, F. M., et al. (1993). Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 29, 213-217.

- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders Vol 65*, 185-190.
- Filak, J., Abeles, N., & Norquist, S. (1986). Clients' pretherapy interpersonal attitudes and psychotherapy outcome. *Professional Psychology: Research and Practice Vol 17*, 217-222.
- Franklin, J. A., & Andrews, G. (1989). Stress and the onset of agoraphobia. *Australian Psychologist Vol 24*, 203-219.
- Fredman, S. J., Chambless, D. L., & Steketee, G. (2004). Development and Validation of an Observational Coding System for Emotional Overinvolvement. *Journal of Family Psychology, 18*, 339-347.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume. (1994). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation/L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encéphale, 20*, 47-55.
- Fry, W. F., Jr. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process, 1*, 245-252.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie, 3*, 13-27.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9*, 47-59.
- Goodstein, R. K., & Swift, K. (1977). Psychotherapy with phobic patients: The marriage relationship as the source of symptoms and focus of treatment. *American Journal of Psychotherapy, 31*, 284-293.

- Guay, S., Boisvert, J. M., Beaudry, M., & Bujold, A. (1999). L'entraînement aux habiletés à la communication: manuel du couple.
- Guay, S., & Marcaurelle, R. (1999). *Le patron d'interaction agoraphobique dans le couple*. Unpublished manuscript.
- Hafner, R. J. (1977a). The husbands of agoraphobic women and their influence on treatment outcome. *British Journal of Psychiatry*, 131, 289-294.
- Hafner, R. J. (1977b). The husbands of agoraphobic women: Assortative mating or pathogenic interaction? *British Journal of Psychiatry*, 130, 233-239.
- Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 13, 405-411.
- Hautzinger, M., Linden, M., & Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: an analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 13, 307-314.
- Himadi, W. G., et al. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 107-115.
- Hoffart, A. (1997). Interpersonal problems among patients suffering from panic disorder with agoraphobia before and after treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 149-157.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology* 98, 229-235.

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Katon, W. (1996). Panic disorder: Relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*, 11-18.
- Kleiner, L. (1987). The relationship of interpersonal problems to the development and treatment of agoraphobia. *Dissertation Abstracts International, 47*,
- Kleiner, L., & Marshall, W. (1985). Relationship difficulties and agoraphobia. *Clinical Psychology Review, 5*, 581-595.
- Lange, A., & Van Dyck, R. (1992). The function of agoraphobia in the marital relationship. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85*, 89-93.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
- Lelliott, P. T., Marks, I. M., Monteiro, W. O., Tsakiris, F., et al. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure: Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 599-605.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., & Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 23*, 247-276.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., Marchand, A., El-Baalbaki, G., & Guay, S. (2004). *Effects of marital communication training on treatment outcome in panic disorder with agoraphobia*: unpublished work.

- Marcaurelle, R., Belanger, C., Marchand, A., Katerelos, T. E., & Mainguy, N. (2005). Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 211-232.
- Marchand, L., Stephenson, R., Feeney, S., & Marchand, A. (1999). Validation factorielle de l'adaptation canadienne-française de l'Anxiety Sensitivity Scale. Poster presented at the Congrès de l'Association Canadienne-Français pour l'Avancement des Sciences, Ottawa.
- McCabe, S. B., & Gotlib, I. H. (1993). Interactions of couples with and without a depressed spouse: Self-report and observations of problem-solving situations. *Journal of Social & Personal Relationships, 10*, 589-599
- Markman, H. J., Blumberg, S. L., & Stanley, S. M. (1993a). *Premarital and relationship enhancement program: consultant's manual*. Denver, CO: University of Denver.
- Markman, H. J., Blumberg, S. L., & Stanley, S. M. (1993b). *Premarital and relationship enhancement program: Leader's manual*. Denver, CO: University of Denver.
- McCarthy, L., & Shean, G. (1996). Agoraphobia and interpersonal relationships. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 477-487.
- Merikangas, K. R., Ranelli, C. J., & Kupfer, D. J. (1979). Marital interaction in hospitalized depressed patients. *Journal of Nervous & Mental Disease, 167*, 689-695.
- Noyes, R., Jr., Holt, C. S., & Woodman, C. L. (1996). Natural course of anxiety disorders. In Mavissakalian, Matig R & Prien, Robert F (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders*. (pp. 1-48)., DC, US: American Psychiatric Association.
- Monteiro, W., Marks, I. M., & Ramm, E. (1985). Marital adjustment and treatment outcome in agoraphobia. *British Journal of Psychiatry 146*, 383-390.

- Oppenheimer, K., & Frey, J. (1993). Family transitions and developmental processes in panic-disordered patients. *Family Process*, 3, 341-352.
- Page, A. C. (2002). Nature and treatment of panic disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 149-155.
- Perez, M., Pettit, J. W., David, C. F., Kistner, J. A., & Joiner, T. E., Jr. (2001). The interpersonal consequences of inflated self-esteem in an inpatient psychiatric youth sample. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 712-716.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M., et al. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Roy-Byrne, P. P., Vitaliano, P. P., Cowley, D. S., Luciano, G., et al. (1992). Coping in panic and major depressive disorder: Relative effects of symptom severity and diagnostic comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 179-183.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and Validation of a Brief Version of the Dyadic Adjustment Scale With a Nonparametric Item Analysis Model. *Psychological Assessment*, 17, 15-27.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York, NY: Guilford Press.
- Shean, G., & Uchenwa, U. (1990). Interpersonal style and anxiety. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 124, 403-408.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38, 15-28.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1997). Further evidence for the construct validity of the Beck Depression Inventory-II with psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 80, 443-446.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1997). Validation of the adaptation for the Quebec francophones of the Mobility Inventory for Agoraphobia. *Science et Comportement*, 26, 35-58.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M. C. (1998). Cross-cultural validation of the Body Sensations Questionnaire for the French-Canadian population/Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *Encéphale*, 24, 415-425.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1999). A Canadian French adaptation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire: Cross-cultural validation and gender differences. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 58-69.
- Tillotson, D. J. (1992). Connection, disconnection and intimacy in married agoraphobic women. *Dissertation Abstracts International*, 52.
- Webster, A. S. (1953). The development of phobias in married women. *Psychological Monographs*, 67, 18.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). A clinical-research overview of couples interactions. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples intervention* (pp. 13-41). Chichester, England: Wiley.

White, K. S., & Barlow, D. H. (2004). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 328-379).

London: Guilford Press.

Winter, D., & Gournay, K. (1987). Construction and constriction in agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 233-244.

Wright, J. (1990). *La survie du couple*. Montreal: Le jour.

TABLES

Table 1: Summary of the data used in the study. The table shows the number of subjects, the number of trials, and the number of correct responses for each condition. The conditions are divided into two groups: 'Control' and 'Experimental'. The 'Control' group consists of 10 subjects, 10 trials, and 10 correct responses. The 'Experimental' group consists of 10 subjects, 10 trials, and 10 correct responses.

Table 1
Descriptive statistics of socioeconomic variables

Socio-economical Variables	Sub-sample without post-test interaction (n=56)		Sub-sample with post-test interaction (n=37)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Age of PDA patient	39.77	8.95	39.81	9.01
Duration of cohabiting	11.67	9.56	12.51	9.70
Duration of PDA	12.74	9.96	11.76	9.81
Number of Children	1.13	1.26	1.32	1.273
Years of education	12.00	3.86	12.86	3.28
Household income	6.05*	1.79	6.32	1.78

* Household income of 6.05 is equivalent to a bracket of 40.000\$ to 49.000\$

Table 2

Intercorrelations of SGCIC dimensions at pre-test and post-test between PDA spouse and NPDA partner

		PDA spouse (<i>N</i> =56) Before Treatment						
SGCIC dimension		1	2	3	4	5	5a	5b
NPDA Partner (<i>N</i> = 56)	1. Withdrawal	0.29*	0.02	-0.21	0.05	0.02	0.02	0.08
	2. Dominance	0.26**	0.44**	0.15	-0.16	0.19	0.19	-0.23
	3. Criticism	0.41**	0.28*	0.52**	-0.30*	0.05	0.05	-0.08
	4. Support	-0.14	-0.15	-0.21	0.58**	-0.06	-0.06	0.18
	5. Problem Solving Skills	-0.16	0.14	0.07	0.19	0.48**	0.48**	0.11
	5a. Clarification	-0.16	0.14	0.07	0.19	0.48**	0.48**	0.11
	5b. Quality of solution	-0.16	0.03	-0.10	0.21	0.10	0.10	0.50**
		PDA spouse (<i>N</i> =37) After treatment						
SGCIC dimension		1	2	3	4	5	5a	5b
NPDA Partner (<i>N</i> = 37)	1. Withdrawal	0.57**	-0.09	-0.02	-0.01	0.16	0.16	-0.04
	2. Dominance	0.07	0.54**	0.51**	0.04	0.42**	0.42**	-0.09
	3. Criticism	-0.02	0.34*	0.54**	-0.19	0.21	0.21	-0.10
	4. Support	0.07	0.31	-0.15	0.68**	0.42**	0.42**	0.26
	5. Problem Solving Skills	0.16	0.42**	0.21	0.38*	0.90**	0.90**	0.11
	5a. Clarification	-0.10	0.10	-0.17	0.30	0.11	0.11	0.18
	5b. Quality of solution	0.16	0.42**	0.21	0.38*	0.90**	0.90**	0.11

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 3

Repeated measures ANOVA for treatment effect (pre-test and post-test).

PDA variables (N=56)	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2	<i>p</i>	<i>M (pré-test)</i>	<i>M (post-test)</i>
Within subjects							
ADIS-IV-L PDA severity	1	313.27	143.80	0.738	0.0001	5.91	2.44
Fear of bodily sensations	1	72.26	122.84	0.695	0.0001	3.16	1.54
Catastrophic thoughts	1	44.59	108.95	0.665	0.0001	2.67	1.41
Agoraphobic avoidance (accompanied)	1	38.51	102.72	0.651	0.0001	29.2	9.8
Agoraphobic avoidance (unaccompanied)	1	83.12	134.03	0.709	0.0001	2.35	1.17
Severity of anxiety symptoms (BAI)	1	9600	67.13	0.588	0.0001	3.26	1.53
Fear of consequences of anxiety (ASI)	1	9260.1	85.26	0.655	0.0001	19,02	6.28
Severity of Depression symptoms (BDI-II)	1	4243.79	78.68	0.598	0.0001	34.3	14.35

Table 4

Correlations of Marital Interaction Variables (SGIC and EOI) at pre-test and clinically significant improvement (CSI) on PDA after treatment.

Marital Interaction Variables (pre-test)	CSI on PDA clinical severity (ADIS-IV-L)	CSI on Fear of bodily sensations (BSQ)	CSI on Catastrophic thoughts (ACQ)	CSI on Agoraphobic avoidance (accompanied) (MIAa)	CSI on Agoraphobic avoidance (unaccompanied) (MIAu)	CSI on Severity of anxiety symptoms (BAI)	CSI on Fear of consequences of anxiety (ASI)	CSI on Severity of Depression symptoms (BDI-II)	Global Functioning Index (GFI)
PDA spouse (<i>N</i> = 56)									
SGCIC (pre-test)									
Withdrawal	-0.13	-0.02	-0.07	-0.01	-0.03	0.26	0.28	0.06	0.02
Dominance	-0.17	-0.19	-0.14	0.04	-0.13	-0.10	-0.03	-0.03	-0.14
Criticism	-0.35**	-0.26	-0.26	-0.21	-0.28*	-0.19	-0.07	-0.10	-0.33*
Support-validation	0.19	0.01	0.09	-0.01	-0.05	0.02	0.13	0.05	0.06
Problem solving skills	0.07	-0.09	-0.07	-0.10	-0.12	-0.07	-0.06	-0.08	-0.08
Clarification –negotiation	0.07	-0.09	-0.07	-0.10	-0.12	-0.07	-0.06	-0.08	-0.08
Quality of solutions	-0.01	0.25	0.18	0.06	0.12	-0.07	-0.19	0.10	0.08
NPDA partner (<i>N</i> = 56)									
SGCIC									
Withdrawal	-0.06	-0.02	-0.07	-0.01	-0.03	0.24	0.24	0.27*	0.06
Dominance	-0.24	-0.12	-0.17	-0.15	-0.30*	-0.28	-0.08	-0.21	-0.28*
Criticism	-0.06	-0.03	0.01	0.01	-0.16	-0.27	-0.06	-0.18	-0.14
Support-validation	0.27*	0.07	0.19	0.04	-0.02	0.25	0.05	-0.01	0.18
Problem solving skills	-0.13	-0.09	-0.07	-0.10	-0.12	-0.11	-0.06	-0.08	-0.14
Clarification –negotiation	-0.13	-0.09	-0.07	-0.10	-0.12	-0.11	-0.06	-0.08	-0.14
Quality of solutions	-0.22	0.17	0.20	0.10	-0.02	-0.02	0.11	0.25	0.07
EOI									
Intrusiveness	0.16	0.11	0.08	-0.07	-0.04	0.11	0.09	0.10	0.10
self-sacrifice	0.04	-0.18	-0.20	0.00	-0.12	-0.02	0.11	0.10	-0.07

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 5

Hierarchical Regression Analysis for pre-test Interaction Marital Variables Predicting PDA clinical significant improvement after treatment (N=56)

Step and predictor variables	R^2	ΔR^2	β	sr^2
CSI of PDA clinical severity (ADIS-IV-L)				
Step 1	.09*			
Household income			.32*	.10
Step 2	.18*	.09*		
Household income			.26*	.07
Criticism and Blame (PDA patient)			-.30*	.09
CSI of Agoraphobic Avoidance unaccompanied (MIAu)				
Step 1	.10*			
Criticism and Blame (PDA patient)			-.21	.04
Dominance (NPDA partner)			-.30*	.09
Global Functioning Index of PDA patients				
Step 1	.09*			
Criticism and Blame (PDA patient)			-.27*	.07
Dominance (NPDA partner)			-.20	.03
CSI of Depression symptoms (BDI-II)				
Step 1	.06*			
Withdrawal (NPDA partner)			.27*	.07

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Note: the clinical significant improvement of agoraphobic avoidance when accompanied, as well as of the depression symptoms did not correlate with any of the socioeconomic variables. The same observation was noticed with Global Functioning Index.

Table 6

Hierarchical Regression Analysis with stepwise selection for PDA clinical significant improvement variables as predictors of Marital interaction outcome after treatment (N=37)

Step and predictor variables	R^2	ΔR^2	β	sr^2
Outcome of NPDA partner's dominance behaviour				
Step 1	.08*			
CSI on Fear of bodily sensations (BSQ)			-.33*	.10
Outcome of NPDA partner's quality of solutions				
Step 1	.25**			
CSI on Severity of Depression symptoms (BDI-II)			-.52**	.27
Outcome of Intrusiveness on EOI				
Step 1	.09*			
CSI on Catastrophic thoughts (ACQ)			.34*	.11

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Note: all of the predicted variables reported did not correlate with any of the socioeconomic variables.

CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE

Discussion Générale

Ce chapitre est consacré au développement d'une compréhension générale et intégrative de l'ensemble des résultats présentés dans ce programme de recherche doctorale. De prime abord une brève mise en contexte de la recherche, et un résumé des principaux résultats sont présentés afin de recadrer la problématique. À la suite de cela les implications théoriques et cliniques sont discutées et les forces et les limites méthodologiques de cette recherche sont soulevées. Finalement cette discussion générale est clôturée par une ouverture sur de nouvelles pistes de recherche.

Mise en contexte

Nous avons présenté dans les trois premiers chapitres plusieurs recherches ayant montré qu'il existe des liens entre d'une part les variables interpersonnelles, l'engagement émotionnel excessif, la qualité de la relation maritale et les habiletés de résolution de problème et d'autre part le déclenchement et l'évolution du TPA. Ainsi nous avons pu voir que certaines études montrent que les personnes avec un TPA avaient un moins bon ajustement conjugal, et que sans traitement le TPA affectait négativement la qualité de la relation conjugale (Fauerbach, 1992; McCarthy et Shean, 1997; Weissman, 1991). Par ailleurs, tel que discuté par Marcaurelle et al., (2003) et Byrne, Carr et Clark (2004), la qualité de la relation conjugale semble quelques fois prédire la réponse au traitement du TPA (qu'il soit individuel ou qu'il contienne une composante maritale, tel que l'inclusion du conjoint comme pair aidant ou l'ajout d'un entraînement à la communication et la résolution de problèmes). Les couples plus satisfaits avaient une meilleure réponse au traitement, et les traitements avec le partenaire comme pair aidant étaient aussi efficaces que les traitements

individuels et plus efficaces que la thérapie maritale seule ou l'entraînement à la résolution de problèmes seul. Par ailleurs, comparativement aux traitements individuels, les traitements qui incluaient une composante maritale (partenaire comme pair aidant) étaient plus liés à une amélioration de la qualité de la relation au post-test et à la relance. Toutefois plusieurs de ces résultats sont peu concluants et plusieurs études n'ont pu les corroborer à ce jour.

L'un des facteurs qui peut être à l'origine de cette disparité dans les résultats est la seule utilisation, dans la plupart des études, des tests auto-administrés pour évaluer les variables interpersonnelles et maritales des personnes atteintes de TPA. Ces dernières ont une tendance à sous-estimer, éviter ou nier leurs problèmes conjugaux et interpersonnels (Tillotson, 1992; Winter & Gournay, 1987), la mesure de ces variables à l'aide de ce type de tests peut donc être biaisée. Ce programme de recherche doctorale avait pour objet de clarifier les liens entre les patrons d'interaction conjugale et le TPA — avant et après son traitement — en utilisant en plus des tests auto-administrés, des mesures indépendantes de la perception subjective des personnes avec TPA basées sur des grilles de cotations complétées par des coteurs indépendants. Dans le deuxième chapitre, on voit quelles variables interactionnelles prédisent la sévérité du TPA avant toute intervention thérapeutique et dans le troisième chapitre, nous montrons d'une part quelles variables d'interaction conjugale prédisent la réponse au traitement et d'autre part nous montrons les liens entre l'amélioration de la symptomatologie du TPA, après le traitement, et les patrons d'interaction conjugale.

Résumé global des principaux résultats de ce programme de recherche doctorale

De manière générale nous avons observé que les comportements d'interaction conjugale manifestés par les conjoints en situation de résolution de problème sont

positivement corrélés. Par exemple, quand l'un des conjoints se montre hostile, l'autre conjoint tend à se montrer hostile également (ceci est vrai pour chacune des variables maritales interactionnelles mesurées avec le Système Global de Cotation des Interactions Conjugales, SGCIC). Nous avons aussi pu voir que les conjoints TPA qui rapportent un ajustement conjugal plus faible ont tendance à être critiques envers leurs conjoints sans TPA lors de l'exercice de résolution de problème, et ces derniers ont à leur tour tendance à être critiques et dominants lorsqu'ils rapportent un niveau faible d'ajustement conjugal. Il est à noter que la perception d'ajustement conjugal entre les conjoints est aussi positivement corrélée. De plus certains patrons d'interaction semblent être liés à un facteur lié au sexe. Les femmes TPA sont plus critiques que les hommes TPA et que les femmes sans TPA, alors que les hommes sans TPA sont plus critiques que les hommes TPA et que les femmes sans TPA. En termes d'ajustement conjugal selon le sexe, il ressort que les hommes TPA rapportent un meilleur ajustement conjugal que leurs conjointes sans TPA, et les hommes sans TPA rapportent un meilleur ajustement conjugal que leurs conjointes TPA. Notons que certaines variables sociodémographiques de notre échantillon (revenu familial, nombre d'enfants, scolarité, âge, durée du TPA, les problèmes conjugaux causés par le TPA, le nombre d'années de cohabitation) sont en lien avec la sévérité du TPA, l'ajustement conjugal et les comportements de résolution de problèmes.

Dans le premier article, nous avons visé la prédiction de la sévérité du trouble panique avec agoraphobie à partir des patrons d'interactions maritales observés lors d'une situation de résolution de problème. Nous avons postulé d'une part que la manifestation de comportements négatifs (évitement du sujet, dominance de la discussion, critiques et hostilité) prédit une plus forte sévérité des symptômes du TPA; et d'autre part que la

présence de comportements positifs (soutien et validation, bonnes habiletés de résolution de problème) prédit une plus faible sévérité des symptômes. Les corrélations montrent des liens dans le sens de l'hypothèse pour tous les patrons d'interaction tant négatifs que positifs. Une fois les variables socio-économiques contrôlées, nos résultats montrent qu'en termes de patrons négatifs, la présence de dominance chez le conjoint TPA prédit une plus forte sévérité du trouble et la présence de critiques et de comportements hostiles prédit une plus forte sévérité des symptômes physiques de l'anxiété. Il est probable que la manifestation de comportements dominants et critiques chez les conjoints dont le TPA est plus sévère, soit en lien avec leur besoin de préserver un sentiment de contrôle sur la situation anxiogène comme mécanisme de protection pour réduire les symptômes d'anxiété qu'ils pourraient être en train de ressentir durant l'interaction conjugale.

Chez le conjoint sans TPA, la présence de dominance prédit une plus grande sévérité des pensées agoraphobiques et la présence de critiques prédit plus de peur des sensations physiques, ainsi que plus de peur des conséquences des symptômes d'anxiété. On peut supposer que les partenaires sans TPA sont d'une part excédés par les limitations fonctionnelles de leurs conjoints avec TPA et cela se manifeste par de la critique, et d'autre part, ils peuvent se sentir forcés à prendre en charge les situations problématiques et cela se manifeste par des comportements dominants lors des situations de résolution de problèmes.

Relativement aux patrons positifs, la présence de solutions adéquates aux problèmes observées dans les patrons d'interaction conjugale du partenaire avec TPA lors d'une situation de résolution de problèmes, prédit moins de peur des sensations physiques de l'anxiété. Marcaurelle et al. (2005) ont trouvé que la sévérité du TPA était plus faible quand les conjoints avec TPA avaient plus de confiance dans leurs habiletés de résolution de

problème et quand ils avaient une meilleure implication dans le processus de résolution de problèmes. Il est possible que ce résultat soit en partie expliqué par le fait que les conjoints avec TPA qui génèrent de bonnes solutions aux problèmes aient une meilleure confiance dans leurs habiletés de résolution de problèmes et plus d'implication dans le processus de résolution de problème. Par ailleurs, la présence de comportements de soutien et de validation chez le conjoint sans TPA prédit moins de sévérité au niveau des comportements d'évitement agoraphobique quand l'exposition se fait avec accompagnement. Il est probable que ces comportements de soutien et de validation exprimés par les conjoints sans TPA, se manifestent aussi dans les situations anxiogènes pour le partenaire avec TPA, et ont alors un effet renforçant du sentiment de sécurité de ce dernier qui se manifestera par une diminution de l'évitement agoraphobique quand il est accompagné.

Il a été également supposé que l'engagement émotionnel excessif chez les conjoints sans TPA prédirait une plus forte sévérité des symptômes; les résultats n'ont toutefois pas permis de confirmer cette hypothèse. Ceci serait probablement dû à une limite méthodologique de la présente recherche : la mesure de l'EOI a été faite sur une interaction de résolution de problème dans le couple qui ne porte pas spécifiquement sur le TPA et sur sa place dans la relation. En conséquence les comportements associés à l'engagement émotionnel excessif, soient l'intrusivité, l'abnégation et la tendance au mélodrame du conjoint sain ne se seraient pas assez manifestés dans un échange portant principalement sur la résolution d'un problème relationnel spécifique. L'absence de réponses significatives et la constriction de la distribution des scores obtenus résultant de ce choix de mesure ont ainsi pu affecter la signification statistique de nos résultats. Afin de contourner ce problème, les

recherches futures auraient intérêt à faire porter la discussion de couple sur le TPA et sur sa fonction et ses impacts dans le couple.

Dans le deuxième article il est avancé en premier lieu que la présence de patrons négatifs d'interaction dans le couple au pré-test prédit une plus faible réponse au traitement du TPA, alors qu'une meilleure réponse au traitement est prédite par la présence de patrons positifs. Ce postulat est confirmé pour les patrons négatifs seulement, sans que le postulat concernant les patrons positifs ne soit infirmé. Les résultats montrent que la présence de critiques manifestées par le conjoint TPA avant le traitement prédit une plus faible amélioration de la symptomatologie du trouble ainsi qu'un plus faible indice de fonctionnement global après le traitement. Les comportements de critique observés chez les conjoints avec TPA reflètent une attitude défensive durant l'interaction conjugale, qui peut être due à leur tendance à être moins centrés sur le problème et moins confiants dans leur habileté de résolution de problèmes (Brodbeck & Michelson, 1987; Roy-Byrne, et al., 1992). Quand le conjoint sans TPA montre de la dominance avant le traitement, on prédit moins d'amélioration dans les comportements d'évitement agoraphobique lorsque les conjoints TPA ne sont pas accompagnés. Les partenaires sans TPA qui présentent des comportements dominants lors des situations de résolution de problème, peuvent avoir aussi une tendance à prendre leurs conjoints avec TPA en charge lorsqu'ils les accompagnent dans des situations anxiogènes. Ceci peut alimenter chez ces derniers un faible sentiment de contrôle et d'autosuffisance. Ce type d'interaction peut donc renforcer les comportements d'évitement chez les conjoints TPA quand ils font face seuls à une situation phobogène, ce qui peut donc rendre le traitement par exposition moins efficace pour eux.

Deuxièmement, nous avons avancé que l'engagement émotionnel excessif (EEE) présent avant le traitement chez les conjoints sans TPA affecte négativement la réponse au traitement. Les résultats n'ont pas confirmé cette hypothèse. Ici aussi le problème de la distribution statistique des mesures qui est limitée en raison du choix du sujet de discussion mesuré, soit la résolution de problème dans le couple pourrait expliquer cette absence de résultats. Troisièmement nous avons proposé qu'après le traitement, l'amélioration de la symptomatologie du TPA serait en lien avec l'amélioration de la qualité des patrons d'interaction chez les deux conjoints et de l'EEE du conjoint sans TPA. Les résultats n'ont pu confirmer ni infirmer cette hypothèse pour les conjoints TPA. Ceci est peut-être en partie dû au fait que la mesure post-test est faite dès la semaine qui suit la fin du traitement ce qui, fort probablement, ne donne pas assez de temps à la personne agoraphobe d'avoir des changements significatifs au niveau de ses habiletés interpersonnelles et par conséquent au niveau de ses patrons d'interaction conjugale. Il est à cet égard notable que les études précédentes qui ont montré l'existence d'un lien positif entre l'amélioration de la symptomatologie et la qualité de la relation conjugale avaient des mesures de relance allant jusqu'à 5 ans (Bland et Hallam, 1981). Par contre, pour les conjoints sans TPA l'hypothèse a été infirmée. L'amélioration du fonctionnement global (telle que mesurée par l'indice de fonctionnement global) et de la peur des sensations physiques est liée à une détérioration au niveau des comportements de dominance chez le conjoint sans TPA. De plus une détérioration de la qualité des solutions des conjoints sans TPA est en lien avec une amélioration de la peur des conséquences de l'anxiété et une amélioration de la dépression. Après avoir contrôlé les variables socio-économiques, seule l'amélioration de la peur des sensations physiques prédit une détérioration de la dominance chez le conjoint sans TPA, et

l'amélioration de la dépression prédit chez ce dernier une détérioration de la qualité des solutions. Ces résultats suggèrent que suite à l'amélioration de la symptomatologie du TPA après le traitement, les partenaires sans TPA peuvent percevoir une menace à l'équilibre dans leur ajustement marital, basé sur la pathologie. Cet équilibre pathogène tourne d'une part autour de la gratification psychologique que le conjoint sans TPA pourrait tirer de son rôle de « sauveur », un rôle qu'il remplit en ayant des comportements dominants, et d'autre part autour des gains secondaires que les partenaires TPA pourraient être en train de tirer de leur dépendance envers leurs conjoints. L'amélioration de la symptomatologie du TPA après le traitement aurait perturbé cet équilibre. Ceci aurait poussé les conjoints sans TPA à augmenter leurs comportements dominants afin d'éviter un potentiel changement non désirable dans leur équilibre conjugal pathogène.

Enfin, notre quatrième hypothèse avance qu'après le traitement l'amélioration de la symptomatologie du TPA améliore l'EEE des conjoints sans TPA. Les résultats confirment qu'après le traitement une amélioration des pensées agoraphobiques et du fonctionnement global du conjoint avec TPA est en lien avec une amélioration au niveau des comportements intrusifs du conjoint sans TPA. Après le contrôle des variables socio-économiques seule l'amélioration des pensées agoraphobiques prédit l'amélioration des comportements intrusifs du conjoint sans TPA. On suppose que lorsque les pensées catastrophiques s'améliorent, les conjoints TPA auraient moins tendance à se plaindre auprès de leurs conjoints sans TPA, ce qui laisse peu d'opportunités à ces derniers d'être intrusifs.

Quant à la contribution scientifique qu'amène ce projet de recherche par rapport aux études antérieures, nos résultats soutiennent les conclusions de celles qui indiquent que la sévérité du TPA est inversement liée à la qualité de la relation conjugale (Fry, 1962;

Goldstein & Chambless, 1978; Goodstein & Swift, 1977; Hafner, 1984; Hand & Lamontagne, 1976; Kleiner & Marshall, 1987; Kleiner, Marshall, & Spevack, 1987; Markowitz et al., 1989; Symonds, 1971; Webster, 1953), et notre recherche se distingue de toutes celles qui la précèdent — sauf pour Chambless et al. (2002) — par l'identification de certains patrons de communication conjugale qui s'avèrent être aussi liés à la sévérité du TPA. Toutefois, il est à noter que l'étude de Chambless et al. (2002) se limite à 22 couples dont seulement l'épouse souffre de TPA. Par ailleurs, plusieurs études ont montré qu'une meilleure qualité de la relation conjugale est liée à plus d'amélioration au niveau de la symptomatologie après un traitement psychologique du TPA (Bland & Hallam, 1981; Hafner, 1976; Hudson, 1974; Milton & Hafner, 1979; Monteiro et al., 1985) et nos résultats sont concordants partiellement avec cette observation, du fait que les patrons d'interaction négatifs des deux conjoints — qui corrèlent négativement avec l'ajustement conjugal (Bélanger et al., 1993) — prédisent une plus faible réponse au traitement.

Quant à l'impact du traitement du TPA sur la qualité de la relation conjugale, certains chercheurs ont détecté une amélioration significative de cette dernière (Arrindell, et al., 1986; Barlow et al., , 1981; Bland & Hallam, 1981; Cerny et al., 1987; Cobb et al., 1984; Hand & Lamontagne, 1976; Himadi et al., 1986; Kleiner et al., 1987; Lelliott et al., 1987; Monteiro, et al., 1985). D'autres chercheurs n'ont pas pu démontrer que le traitement a un quelconque impact sur la qualité des rapports du couple (Emmelkamp et al., 1992; Hafner, 1976; Hafner, 1977a, 1977b; Marcaurelle et al., 2004; Milton & Hafner, 1979). À ce jour aucune recherche n'a donc pu montrer que le traitement du TPA peut avoir un effet adverse sur la qualité de la relation conjugale. Or en poussant notre analyse de l'impact du traitement sur la relation conjugale, nous avons vérifié les liens entre l'amélioration clinique post-traitement et

l'amélioration ou la détérioration des patrons d'interaction conjugale post-traitement et c'est à ce niveau que notre recherche semble inscrire un précédent. Nous avons trouvé qu'une amélioration cliniquement significative du TPA est en lien avec une détérioration des patrons d'interactions chez le conjoint sans TPA. Ces résultats méritent une attention particulière car ils peuvent nous guider dans la prévention et la compréhension des mécanismes en lien avec l'abandon du traitement et les rechutes. En effet, si les recherches futures corroborent cette observation, et arrivent à discriminer les facteurs psychologiques individuels en lien avec cette détérioration, il serait plausible de développer un programme d'intervention ciblé pour les conjoints les plus à risque, afin de les préparer aux changements dans leur dynamique conjugale. Il serait ainsi possible de leur offrir le soutien nécessaire pour développer de nouvelles habiletés d'adaptation, qui renforceront les progrès thérapeutiques de leurs conjoints.

En nous basant sur les explications des résultats de ce programme de recherche et tout en prenant en compte les différents modèles conjugaux du TPA proposés au Chapitre I nous développons dans la section suivante un modèle de compréhension de la dynamique pathogène du TPA dans le couple.

Implications théoriques de ce programme de recherche doctorale

Dans ce qui suit nous élaborons un modèle théorique global (Figure 1) de compréhension des patrons de comportements pathogènes et dyadiques que nous retrouvons dans les couples dont l'un des conjoints souffre de TPA. Le modèle que nous présentons s'inspire des cinq modèles théoriques décrits au premier chapitre et des conclusions tirées de ce programme de recherche doctorale. Ce modèle ne rend pas compte d'une relation de cause

à effet mais plutôt d'une dynamique qui peut maintenir et affecter l'évolution tant du trouble anxieux présent dans le couple que de la dynamique conjugale. Même si cette recherche n'a pas été conçue pour prouver ce modèle, il est intéressant de voir comment les données issues de nos études peuvent être contextualisées dans un paradigme plus macroscopique.

Les flèches en gras représentent les différents facteurs qui influencent le choix d'un patron de comportements. Les circuits numérotés sont ceux du conjoint anxieux et les circuits alphabétiques sont ceux du conjoint sans TPA. Quatre circuits possibles représentant quatre dynamiques différentes peuvent être donc observés.

Insérer Figure 1

Premier circuit : le rapport coûts-bénéfices dans le maintien du trouble (1-2; a-b).

D'une part, le TPA induit des coûts pour le conjoint avec TPA (réduction du fonctionnement et du rendement, sentiment d'incapacité et de dépendance, culpabilité envers le partenaire etc.) et des bénéfices secondaires (une répartition plus équitable des tâches quotidiennes, le fait de se sentir plus apprécié et aimé, d'avoir moins de responsabilités etc.). De plus, les comportements pathogènes du conjoint avec TPA affectent la dynamique conjugale (lien α). Quand le conjoint avec TPA trouve que les bénéfices secondaires tirés de son trouble sont supérieurs aux coûts qu'ils lui causent et/ou quand l'ajustement conjugal (lien β) est favorable au maintien de la pathologie, il aura tendance à maintenir ses comportements sécurisants, de contrôle, ou d'évitement, qui entretiendront à leur tour le trouble à long terme

(la boucle du circuit 1-2). D'autre part le TPA engendre, pour le conjoint sans TPA, des coûts (frustration, fatigue, moins d'intimité etc.) et des bénéfices secondaires (commodité, règle les problèmes de jalousie etc.). Ce rapport coûts/bénéfices influencera à son tour les comportements et les patrons d'interaction de ce dernier. Quand le conjoint sans TPA trouve plus d'avantages dans le maintien du trouble, il répondra à la demande du conjoint avec TPA en offrant des comportements protecteurs, de prise en charge, de réassurance ou de soumission. Ces comportements teintés d'abnégation et/ou de réponse mélodramatique (deuxième et troisième catégories du EEE) pourront constituer de ce fait des facteurs de maintien du trouble anxieux à long terme (la boucle a-b). Nos résultats n'ont pu confirmer cette supposition mais ne l'ont pas non plus infirmée. D'autres recherches sont nécessaires pour éclaircir ce point.

La décision du conjoint sans TPA est, ici encore, influencée par sa perception de l'ajustement conjugal en lien avec la maladie (lien γ). Nous pouvons voir dans le modèle que les comportements dysfonctionnels favorisent à la fois le maintien du TPA et le développement de la détresse conjugale (2-b). Ce lien montre également qu'il est possible que l'ajustement conjugal mesuré puisse être perçu comme positif en dépit d'une relation dysfonctionnelle qui tourne autour de la pathologie (1-2; a-b).

Deuxième circuit, combinaison : le rapport coûts-bénéfices dans la décision de briser le patron anxieux (1-3; a-c). Dans ce cas, les coûts du trouble (les flèches 1-a) sont supérieurs aux bénéfices secondaires pour les deux conjoints, et l'ajustement conjugal est perçu (β et γ) comme menacé par les comportements des partenaires (α - δ) qui s'adaptent aux effets de la pathologie. Alors le conjoint avec TPA va s'activer pour briser les patrons de comportements anxieux (thérapie, efforts personnels, psychoéducation etc.) (3) et son

conjoint sans TPA va adopter des comportements encourageant l'amélioration (encourager l'exposition, reconnaître les petits progrès, fournir un soutien etc.) (c). On pourra voir chez ces conjoints des patrons d'interaction positifs face aux problèmes qui vont avoir un impact positif (3-c) sur l'ajustement conjugal en l'augmentant, et sur le TPA en réduisant la symptomatologie et son handicap. Nos résultats vont dans ce sens et indiquent d'une part qu'une symptomatologie plus faible est en lien avec un meilleur ajustement marital perçu par les deux conjoints, et d'autre part que dans les couples où les conjoints affichent des comportements de soutien et de validation et où ils génèrent des solutions de qualité, la symptomatologie tend à être moins sévère et à s'améliorer plus à la suite du traitement.

Cette amélioration va engendrer à son tour pour les deux conjoints des coûts (nouvelles tâches, changements dans les habitudes, plus de responsabilités etc.) et des bénéfices (plus d'autonomie, moins de temps perdu etc.) (4 et d). Quand le rapport coûts/bénéfices et/ou l'augmentation de l'ajustement et/ou de la satisfaction conjugale sont plus avantageux pour les conjoints dans une dynamique de changement des patrons de comportements anxieux, les boucles (3-4 et c-d) sont renforcées.

Troisième circuit : le rapport coûts-bénéfices lorsque seul le conjoint anxieux veut changer (1-3; a-b). Ici, le conjoint avec TPA veut briser les patrons de comportements pathogènes (1 et 3) mais le conjoint sans TPA ne le veut pas (a et b). Cet antagonisme dans les choix est affecté d'une part par les coûts et les bénéfices que chacun tire du maintien ou non de la maladie, et d'autre part par la perception de l'ajustement conjugal. Dans ce cas nous pouvons observer chez le conjoint sans TPA une détérioration au niveau des patrons d'interactions de résolution de problèmes quand le conjoint avec TPA tend à s'améliorer à la suite d'un traitement ou d'efforts personnels. Cette détérioration aura pour conséquence le

sabotage de la rémission. Nos résultats montrent qu'une amélioration du fonctionnement global du partenaire avec TPA, une réduction de la peur des sensations physiques et une réduction de la peur des conséquences de l'anxiété, après un traitement psychologique, sont en lien avec une détérioration dans les comportements de dominance du conjoint sans TPA et la qualité de ses solutions.

Quatrième circuit : le rapport coûts-bénéfices quand seul le conjoint sans TPA exige le changement (1-2; a-c). Ici, le conjoint avec TPA veut maintenir les patrons de comportements pathogènes (1 et 2) alors que le conjoint sans TPA veut les briser (a et c). La demande du conjoint sans TPA peut se manifester par une demande explicite de changement ou un encouragement à suivre un traitement psychologique ou pharmacologique, ou encore par des pressions exercées sur le conjoint avec TPA pour qu'il s'expose aux situations problématiques. Or cette demande peut être perçue comme de l'intrusivité (première catégorie de l'EEE) par le partenaire avec TPA et peut être teintée de dominance de la part du conjoint sans TPA. Les résultats de cette recherche montrent qu'une détérioration dans les comportements intrusifs du conjoint sans TPA est en lien avec une détérioration du fonctionnement global de du conjoint avec TPA. De même la dominance chez le conjoint sans TPA prédit une détérioration au niveau de l'évitement agoraphobique face à l'exposition non accompagnée. Par ailleurs, le désir du conjoint avec TPA de maintenir la pathologie peut se manifester par des patrons d'interaction négatifs comme la critique, l'hostilité et le blâme envers la demande de changement, ce qui selon notre étude est en lien avec une moindre amélioration de la symptomatologie et du fonctionnement global du conjoint avec TPA. Cet antagonisme dans les choix est affecté d'une part par les coûts et les bénéfices que chacun

tire du maintien ou non de la maladie, et d'autre part par leur perception de l'ajustement conjugal (γ et β).

Notons que le modèle représente une structure plastique et flexible. Quelle que soit la dynamique à un point donné de la vie du couple, un changement peut générer des chaînes de modifications dans les choix et par conséquent dans la dynamique du modèle. Par exemple, il est possible qu'au début de la pathologie, le conjoint sans TPA adopte des comportements protecteurs et aidants malgré sa frustration, jusqu'au jour où il commence à mettre de la pression pour briser les patrons de comportements anxieux. L'homéostasie du système est alors rompue et la détresse est plus apparente.

Implications cliniques

Dans un cadre clinique, quand le TPA affecte l'un des conjoints, c'est souvent la personne souffrant de TPA qui vient consulter, soit parce qu'elle désire surmonter sa difficulté soit parce qu'elle subit une pression de la part de son conjoint qui ne tolère plus la situation, soit parce que les deux conjoints désirent la rémission. Cependant, à ce jour la disparité des résultats des études portant sur l'efficacité des traitements du TPA dans le couple ne permet pas d'avancer que la participation du conjoint au processus thérapeutique — thérapie avec le conjoint comme co-thérapeute durant l'exposition, thérapie maritale, thérapie cognitive et comportementale avec un entraînement à la communication et la résolution de problème en présence du conjoint — augmente l'efficacité du traitement comparativement à une intervention cognitivo-comportementale classique. Ceci amène le clinicien à adopter le plus souvent cette dernière approche en individuel ou en groupe comme traitement de choix du TPA en termes de rapports coûts/bénéfices. Or nos résultats post-traitement montrent qu'il y a une possibilité de détérioration au niveau des patrons de communication et de résolution

de problèmes chez le conjoint sans TPA quand la symptomatologie anxieuse du conjoint TPA s'améliore, et par conséquent cette détérioration peut être le précurseur d'une rechute. Ceci nous laisse croire que peut-être en plus des limites méthodologiques déjà relevées par Daiuto et al. (1998), la disparité des conclusions relève de la non homogénéité des échantillons entre les différentes études en termes de type de dynamique conjugale tournant autour du TPA. En d'autres termes, il est par exemple possible que les études qui concluent qu'une intervention impliquant le conjoint est plus bénéfique pour la qualité de la relation conjugale et pour la symptomatologie du TPA qu'une intervention classique, aient un échantillon formé de couples dont les deux conjoints voient la pathologie comme une menace pour l'ajustement conjugal (voir circuit 2 dans le modèle).

Il est à noter que bien que ce soit plus rare, il est aussi possible de voir le couple consulter en thérapie conjugale pour traiter la détresse maritale découlant du TPA. Généralement, la consultation en couple n'est pas le premier recours et a lieu soit après une thérapie individuelle ou en parallèle avec celle-ci.

Au-delà du fait que tout cela reste à prouver, nous pouvons quand même — en nous basant sur les conclusions de notre étude, et sur celles des études antécédentes — avancer quelques recommandations pour l'intervention clinique auprès des couples dont l'un des conjoints souffre de TPA. Nous allons dans ce qui suit présenter ces recommandations sous la forme d'un organigramme décisionnel présenté à la figure 2 que nous expliquerons dans le texte. Cet organigramme est conçu à travers le prisme du modèle théorique que nous avons présenté à la section précédente, donc la nomenclature des circuits qui y figurent s'y réfère, et les choix de traitements sont basés sur nos résultats et sur les conclusions de la connaissance scientifique disponible à ce jour sur ce sujet.

Insérer Figure 2

Nous supposons que les conjoints TPA issus de couples avec une dynamique pathogène basée sur un ajustement conjugal dépendant du TPA — dynamique du premier circuit (1-2; a-b) —, ne consultent pas.

De prime abord, nous suggérons une évaluation de la primauté et de la sévérité de la symptomatologie du TPA vis-à-vis d'autres pathologies de l'axe I du DSM-IV. Si le diagnostic différentiel (Choix décisionnel **I; non**) montre que le TPA est par exemple secondaire à un trouble de stress post-traumatique, un trouble d'anxiété généralisée, une phobie sociale, abus de substances ou autre, le clinicien optera pour une intervention plus adéquate à la problématique primaire et inclura un module sur le TPA si nécessaire. Nous prenons pour acquis que les causes biologiques (maladies endocriniennes ou autres) sont écartées, sinon il faut référer pour une évaluation médicale appropriée avant de poser le diagnostic. Si le TPA est primaire (choix décisionnel **I; oui**) nous proposons l'évaluation du niveau de dysfonction engendré par le TPA, s'il en ressort que la dysfonction est sévère et touche plusieurs aspects de la vie du client, il y a de fortes chances que la relation conjugale soit affectée (voir à ce sujet nos résultats du Chapitre II). Par ailleurs, la durée de cohabitation du couple et la durée du TPA dans le couple sont à considérer comme des indicateurs d'une potentielle dynamique conjugale pathogène ou d'une qualité de relation conjugale peu satisfaisante et ou d'une plus grande sévérité de la symptomatologie et d'une plus faible réponse au traitement (voir à ce sujet nos résultats des Chapitres II et III). Si à ce niveau d'analyse la sévérité de la symptomatologie et la durée du trouble dans le couple ne

sont pas grandes (choix décisionnel **II; non**), nous invitons le clinicien à explorer l'impact du TPA sur le couple en cherchant plus précisément si le TPA cause des problèmes dans la relation et la nature de ces problèmes, car si c'est le cas nos résultats montrent un lien significatif important avec la détresse maritale perçue par les deux conjoints (choix décisionnel **III; non**). Si le TPA ne cause pas de problèmes dans le couple, le clinicien peut à ce moment procéder au traitement en utilisant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle ou de groupe avec un module de psychoéducation pour le conjoint sans TPA dans le but d'éviter que ce dernier exerce une pression contre-productive sur le client, ou utiliser la TCC avec le conjoint comme co-thérapeute durant l'exposition. À ce jour, d'après la documentation les deux approches se sont montrées équivalentes. Dans le cas où le TPA est sévère et/ou est présent depuis plusieurs années (choix décisionnel **II; oui**), ou si le TPA cause des problèmes significatifs dans le couple (choix décisionnel **III; oui**), nous croyons qu'un examen de la dynamique conjugale pathogène et de la satisfaction maritale en présence du conjoint sans TPA, doit dans ce cas faire partie intégrante du processus d'évaluation classique du TPA, avant toute élaboration de plan d'intervention. À la suite de ce travail d'évaluation (choix décisionnel **IV**) le clinicien saura quelle dynamique est présente dans le couple et choisira l'intervention la plus adéquate. La première avenue c'est quand le couple a une dynamique (1-3; a-c) qui indique que les deux conjoints ont un désir de changement afin de préserver un ajustement conjugal positif menacé par la pathologie, ou de rétablir leur relation conjugale fonctionnelle qui a été hypothéquée par le TPA. Si ce couple ne présente pas de détresse conjugale sévère (choix décisionnel **V; non**), le clinicien peut opter pour l'une des trois interventions suivantes : a) la TCC individuelle ou de groupe avec de la psychoéducation au conjoint sans TPA; b) la TCC avec le conjoint comme co-thérapeute

durant l'exposition ou c) la TCC avec un entraînement à la communication et à la résolution de problème dans le couple. Si le couple présente une détresse conjugale sévère (choix décisionnel V; oui), le traitement le plus adéquat semble être, d'après la documentation et nos résultats, une combinaison d'une thérapie maritale avec une intervention cognitivo-comportementale pour le TPA assistée par le conjoint comme co-thérapeute, que nous appellerons thérapie conjugale pour TPA (TCTPA). La deuxième avenue c'est quand la dynamique conjugale présente est de type (1-3; a-b) ou (1-2; a-c); en d'autres termes c'est quand seulement l'un des deux conjoints désire la rémission du TPA. Ici aussi nous proposons l'utilisation de la TCTPA. En effet, dans une étude Chernen et Friedman (1993) ont trouvé que la thérapie maritale comportementale a amené pour les couples discordants une amélioration significative tant au niveau de la relation conjugale que de la symptomatologie du TPA mais pas pour les couples ajustés. Leur intervention ciblait la communication dans le couple, l'acquisition d'habiletés de résolution de problème et de changements comportementaux. Toutefois, dans une autre étude sur la thérapie maritale qui avait comme objectif d'aider les conjoints à comprendre et changer leurs patrons d'interactions et leurs systèmes de croyances qui maintiennent le TPA, Cobb, McDonald, Marks et Stern (1980) ont trouvé que cette approche améliore significativement la qualité de la relation conjugale mais pas la symptomatologie du TPA qui s'améliore plus à la suite d'une thérapie d'exposition assistée par le conjoint sans TPA comme co-thérapeute. Ainsi, nous croyons qu'après la TCTPA, nous aurons moins de chance de voir, tel que nos résultats le montrent, une détérioration des patrons d'interaction dans le couple à la suite d'une amélioration de la symptomatologie. Il est clair que cette avenue mérite une vérification expérimentale.

Considérations méthodologiques

Dans cette section, on discute les forces et les limites de la présente recherche sous différents angles. En premier lieu sont examinées les forces et les difficultés procédurales lors de la collecte de données, ainsi que les forces et les limites des mesures et des analyses statistiques. Finalement, les caractéristiques au niveau de la validité interne et externe de ce programme de recherche sont relevées.

Sur le plan procédural cette recherche a bénéficié d'une bonne rigueur dans la sélection des participants. Un premier triage téléphonique, suivi par une évaluation semi-structurée avec l'ADIS-IV-L entérinée par un diagnostic posé par un psychiatre, ont permis d'avoir confiance dans le fait que l'échantillon avait bien un TPA comme trouble primaire. Au niveau des mesures retenues pour l'étude, mis à part le BDI-II toutes les versions françaises utilisées étaient validées pour la population québécoise, ce qui est un avantage pour la validité externe de notre étude.

Le recrutement s'est fait sur une période de trois ans et demi et nous avons pu avoir le consentement de participation de 73 couples. Afin d'avoir une bonne puissance statistique pour certaines analyses, notre devis de recherche initial visait le recrutement de 140 couples dont l'un des conjoints souffrait de TPA. Deux autres facteurs ont aussi limité la collecte de données : 1) plusieurs participants n'ont pas remis tous les questionnaires dûment remplis, surtout après la fin du traitement et 2) d'autres ont abandonné la recherche. À cause de la restriction de la taille de notre échantillon et le manque de certaines données, quelques analyses n'ont pas pu être faites. Ainsi il n'était pas possible 1) de vérifier l'effet relatif de chacune des deux modalités de traitement sur les patrons d'interaction conjugale et sur l'engagement émotionnel excessif du partenaire sans TPA après le traitement, 2) d'étudier

l'évolution des couples et de la symptomatologie à la relance et 3) d'étudier les variables de prédiction de l'abandon des traitements. Par ailleurs, nous avons aussi prévu un groupe contrôle formé par des clients en attente de leur traitement durant trois mois, avec l'objectif de faire des analyses comparatives sur l'impact de la thérapie versus la rémission spontanée. Or pour des raisons logistiques et administratives propres aux cliniques participantes, ce délai n'a pas pu être respecté et nous avons dû sacrifier la comparaison de nos résultats à ceux d'un groupe contrôle. Notons toutefois que plusieurs recherches comparant l'effet placebo ainsi que l'évolution sans traitement du TPA à la thérapie cognitivo-comportementale ont bien établi l'effet thérapeutique de la TCC en comparaison avec un groupe contrôle (White & Barlow, 2004). Il aurait certes été intéressant d'avoir aussi un tel groupe contrôle pour comparer la qualité des patrons d'interaction de résolution de problème et la qualité de la relation conjugale avec celles de notre échantillon, mais des limites budgétaires et temporelles nous en ont empêché. De plus, pour des raisons logistiques et financières le devis initial n'avait pas prévu une collecte de données audio-visuelles d'interaction conjugale de relance six mois après la fin de l'intervention. Cette absence de relance dans la mesure des interactions du couple a eu pour conséquence l'impossibilité d'étudier l'évolution du TPA et des patrons d'interaction conjugaux dans la période qui a suivi l'intervention.

Une autre limite que nous avons rencontrée au niveau de la mesure, est celle de l'engagement émotionnel excessif (EEE). Cette mesure s'est greffée au projet une fois que la majorité des enregistrements audio-visuels des interactions conjugales de résolution de problèmes étaient faits. Or, même si la mesure de l'EEE avec la grille de cotation comportementale utilisée dans cette recherche peut se faire en observant un couple exerçant une tâche de résolution de problème, elle est plus sensible quand le sujet discuté par les couples tourne plus

spécifiquement autour de la maladie. Les comportements intrusifs, d'abnégation ou de mélodrame des conjoints sans TPA auraient pu être plus manifestes, et nous aurions pu bénéficier plus de cette mesure si nous avions prévu un enregistrement supplémentaire d'une discussion qui tourne autour du TPA et de son impact sur la vie conjugale et familiale.

Sur le plan des analyses statistiques, la distribution statistique des variables d'interaction conjugale — issue des cotations comportementales des grilles d'observation SGCIC et EEE— n'était pas normale et les variables ne pouvaient être utilisées en tant que variables continues. La dichotomisation en une catégorie « comportement absent » et une autre « comportement présent » était nécessaire afin de pouvoir analyser les données. Toutefois cette dichotomisation limite le champ de l'interprétation des corrélations et des prédictions.

L'anormalité des distributions au niveau des variables d'interaction conjugale est probablement due d'une part à la taille limitée de l'échantillon, et d'autre part au fait que l'interaction est mesurée à l'intérieur d'un groupe homogène, en l'occurrence des couples qui ont tous un conjoint atteint du TPA.

Sur le plan de la validité interne, étant donné que le devis est corrélationnel l'interprétation des résultats ne doit pas se faire en termes de causalités. C'est pourquoi d'ailleurs, certains liens ont pu être expliqués en inversant le lien de causalité. En d'autres termes, des résultats étaient mieux expliqués quand la variable indépendante était perçue comme l'effet de la variable dépendante plutôt que sa cause.

Sur le plan de la validité externe, nos critères d'inclusion à la recherche se sont traduits par une homogénéité des groupes étudiés. De plus, l'utilisation de tests validés pour la population québécoise, l'accord inter-juges élevé pour les mesures sur les grilles

d'observation, la répartition des participants au hasard dans les deux modalités de traitement, l'utilisation de l'index de fonctionnement global (IFG) pour évaluer l'impact thérapeutique sur la symptomatologie en prenant en compte toutes les variables mesurées, de même que l'approche conservatrice au niveau des analyses statistiques, nous permettent d'avancer que nos résultats pourraient être généralisables pour une population identique à celle étudiée, en l'occurrence des couples hétérosexuels dont l'un des partenaires souffre d'un TPA modéré à sévère. Nos conclusions ne devraient donc pas être utilisées pour la compréhension des liens entre les patrons d'interaction conjugale et la symptomatologie de TPA pour des personnes souffrant d'un TPA léger et/ou en dehors d'un contexte conjugal hétérosexuel.

Pistes de recherches futures

Dans le but d'augmenter notre compréhension des liens entre le TPA et les facteurs conjugaux, plusieurs avenues pour des recherches futures nous semblent intéressantes.

Pour commencer, la reprise de ce programme de recherche avec un nombre suffisant de participants sera intéressante car cela permettra de comparer l'impact des deux modalités de traitement sur les variables d'interaction dans le couple. De plus, on gagne à collecter des données audio-visuelles d'interactions conjugales à la relance six mois après le traitement et à ajouter après chaque enregistrement d'interaction conjugale de résolution de problème un enregistrement d'une interaction dont le sujet tourne autour de l'impact du TPA dans le couple, et ce pour une meilleure mesure de l'engagement émotionnel excessif (EEE).

Notre étude nous amène à relever plusieurs pistes qui méritent d'être investiguées. Sur un plan clinique, il est plus facile et moins coûteux pour un clinicien d'administrer des tests papier-crayon que de faire des cotations comportementales. Il nous paraît donc

important d'entreprendre une étude comparative entre d'une part les tests auto-administrés sur la perception des conjoints de leurs habiletés de résolution de problème et de leur ajustement conjugal, et d'autre part la mesure des habiletés de résolution de problème et de l'EEE à l'aide des grilles d'observation comportementale, afin de voir laquelle de ces deux approches a un meilleur pouvoir de prédiction de la sévérité du TPA et de son amélioration à la suite du traitement. Par ailleurs, le modèle que nous avons proposé sur la dynamique pathogène dans le couple (Figure 1) mérite d'être testé. Ainsi, des mesures permettant l'évaluation du type de dynamique présente dans le couple peuvent être développées et validées puis une fois les dynamiques conjugales identifiées, on procède à l'étude de leurs liens avec la sévérité du TPA. Troisièmement, la suite logique serait de monter un devis expérimental qui va tester sur des groupes indépendants l'impact de plusieurs modalités de traitements tant sur la symptomatologie du TPA que sur l'évolution de la relation conjugale, chaque groupe étant composé par des couples avec une dynamique pathogène particulière. Par ailleurs, nous avons vu qu'aucune intervention étudiée à ce jour et impliquant le conjoint ne comportait une approche globale visant à la fois à inclure d'une part un traitement marital complet et d'autre part une intervention cognitivo-comportementale ciblée pour le TPA avec le conjoint comme co-thérapeute. Pour cela il nous semble que l'élaboration et la mise à l'épreuve d'un protocole d'intervention maritale dirigée vers les symptômes cliniques du TPA sont nécessaires. Ce type d'intervention peut s'avérer plus adéquat qu'une intervention maritale classique ou qu'une intervention cognitivo-comportementale classique. Ce protocole toucherait tant à la communication dans le couple, qu'à l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes découlant principalement du TPA et à l'explication de la dynamique pathogène et la compréhension des systèmes de croyances individuels et conjugaux qui

maintiennent le trouble. Il toucherait également à l'encouragement de l'acceptation des limites de l'autre et des changements comportementaux, à la démystification des sensations intéroceptives et à l'exposition graduelle *in vivo*.

L'impact des rôles sexuels tant sur l'évolution du TPA que sur la dynamique conjugale des couples dont l'un des conjoints est atteint, sont encore à explorer. Finalement, l'étude des liens entre le TPA et les variables conjugales chez des populations spécifiques telles que les couples homosexuels ou les couples de communautés ethniques mérite l'attention de la recherche.

En conclusion, bien que nous ayons été limités par des embûches méthodologiques, nos résultats amènent une contribution à la compréhension de la problématique complexe du TPA dans le couple, et ils nous permettent de soulever plusieurs questions qui méritent encore l'attention des chercheurs. Le modèle synthétique et intégratif de la dynamique pathogène du TPA dans le couple, ainsi que le modèle d'intervention clinique que nous proposons à la suite des conclusions tirées de notre programme de recherche, fournissent plusieurs pistes futures à explorer.

FIGURES

..

Figure 1
Modèle Théorique global de l'Évolution du TPA dans le Couple

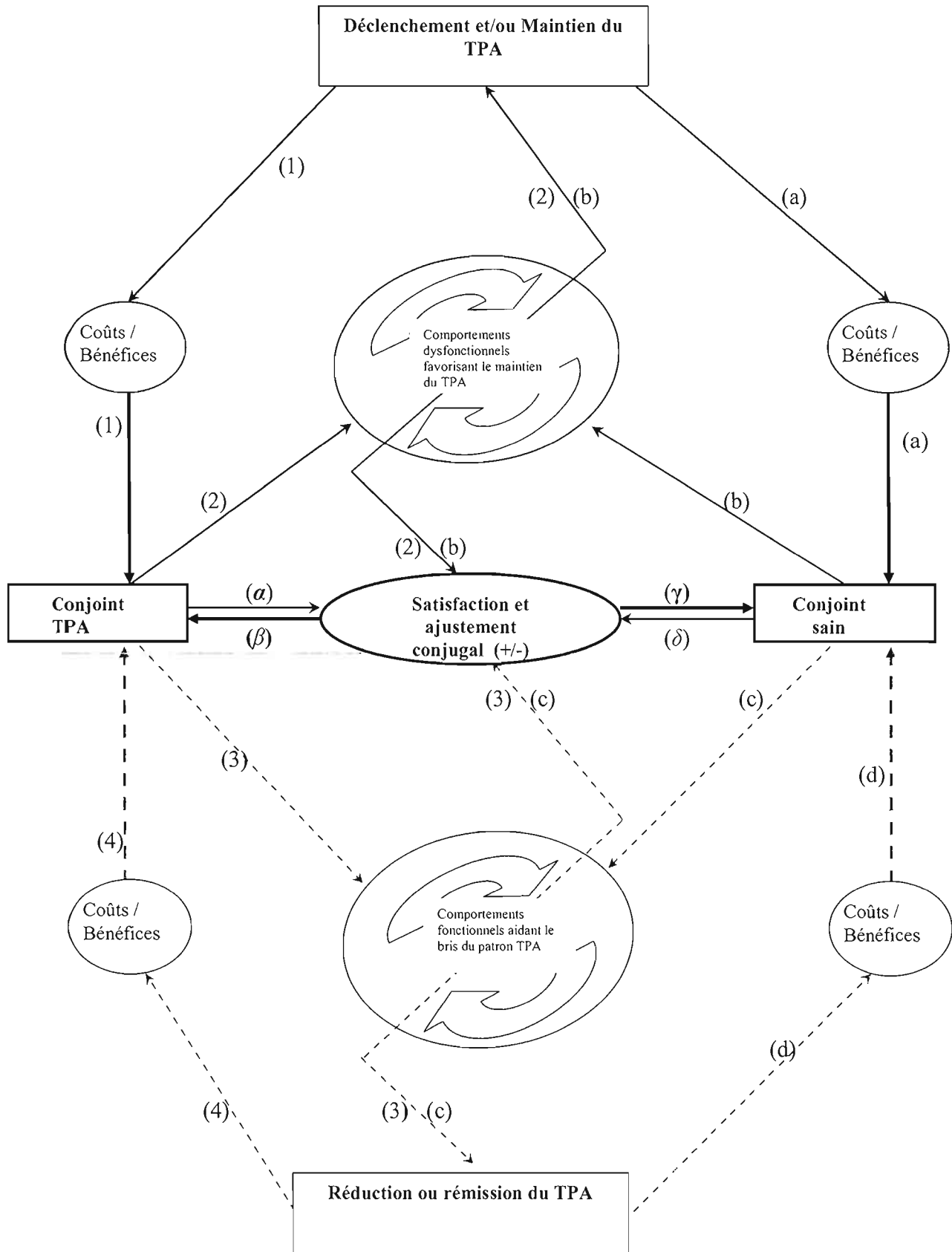
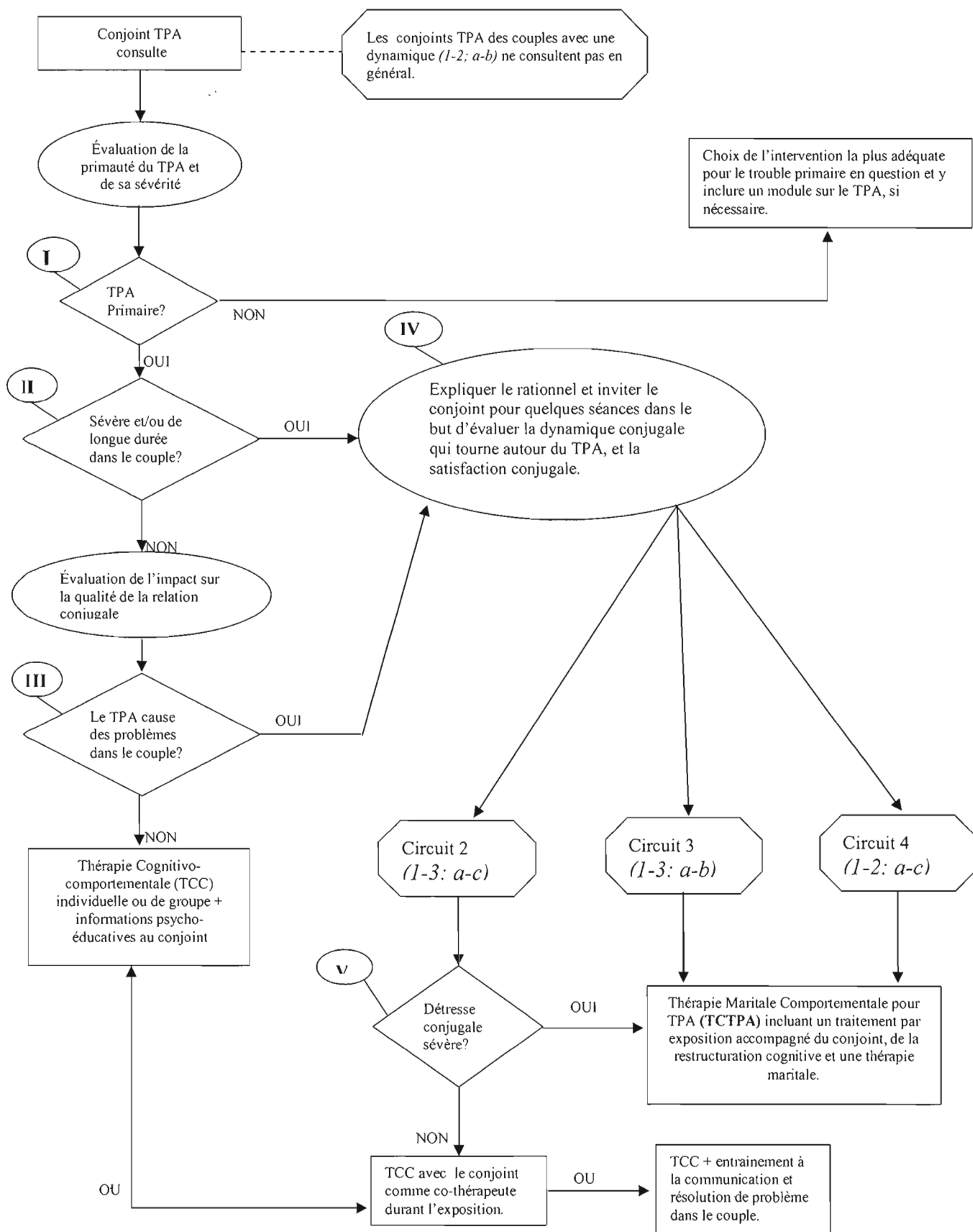


Figure 2
Arbre de Décision Pour l'Évaluation et le Traitement du TPA Dans le Couple



LISTE GLOBALE DES RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Arrindell, W. A., & Emmelkamp, P. M. (1986). Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: A controlled study. *British Journal of Psychiatry Vol 149* Nov 1986, 592-602.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., & Sanderman, R. (1986). Marital quality and general life adjustment in relation to treatment outcome in agoraphobia. *Advances in Behaviour Research & Therapy Vol 8* 1986, 139-185.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press,.
- Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1996). Psychological treatments for panic disorder and panic disorder with agoraphobia. *Mavissakalian, Matig R (Ed); Prien, Robert F (Ed), (1996). Long-term treatments of anxiety disorders.* (pp. 221-240). xii, DC, US: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry, 53,,* 727-735.
- Barlow, D. H., Mavissakalian, M., & Hay, L. R. (1981). Couples treatment of agoraphobia: Changes in marital satisfaction. *Behaviour Research and Therapy, 19,* 245-255.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., & Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy, 15,* 41-58.

- Barrowclough, C., & Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review, 23*, 849-880.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bélanger, C., Dulude, D., Sabourin, S. p., & Wright, J. (1993). Preliminary validation of a global system for coding marital interactions/Validation préliminaire d'un système global de cotation des interactions conjugales. *Canadian Journal of Behavioural Science, 25*, 483-498.
- Bélanger, C., Sabourin, S., & Wright, J. (1993). Recent developments in the study of communication and marital distress: Evolution or revolution? / Les développements récents dans l'étude de la communication et de la détresse maritale: évolution ou révolution? *Canadian Psychology. Special Issue: 50 years of psychological research at the Psychology Department of the University of Montreal 34*, 3-25.
- Bland, K., & Hallam, R. S. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 335-338.
- Bourgeois, L., Sabourin, S. p., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 608-613.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students/étude psychométrique du questionnaire de

dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones.

Canadian Journal of Behavioural Science, 14, 211-218.

- Brodbeck, C., & Michelson, L. (1987). Problem-solving skills and attributional styles of agoraphobics. *Cognitive Therapy and Research. Special Issue: Anxiety: Cognitive factors and the anxiety disorders*, 11, 593-610.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2004). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 292-327). New York: Guilford Press.
- Buglass, D., Clarke, J., Henderson, A., Keitman, N., & Presley, A. (1977). A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine*, 7, 73-86.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26, 105-125.
- Carter, M. M., Turovsky, J., & Barlow, D. H. (1994). Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 25-34.
- Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.
- Chambless, D. L., Bryan, A. D., Aiken, L. S., Steketee, G., & Hooley, J. M. (1999). The structure of expressed emotion: A three-construct representation. *Psychological Assessment*, 11, 67-76.
- Chambless, D. L., Bryan, A. D., Aiken, L. S., Steketee, G., & Hooley, J. M. (2001). Predicting expressed emotion: A study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Family Psychology*, 15, 225-240.

- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 35-44.
- Chambless, D. L. & Gracely, E. J. (1988). Prediction of outcome following exposure treatment of agoraphobia. In I. Hand and H-U. Wittchen (eds), *Panic and Phobias 2: Treatments and Variables Affecting Course and Outcome* (pp. 209-220). Berlin: Springer-Verlag.
- Chambless, D. L., Fauerbach, J. A., Floyd, F. J., Wilson, K. A., Remen, A. L., & Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioral observation study. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 502-512.
- Chambless, D. L., & Mason, J. (1986). Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 231-235.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 658-665.
- Chernen, L., & Friedman, S. (1993). Treating the personality disordered agoraphobic patient with individual and marital therapy: A multiple replication study. *Journal of Anxiety Disorders Vol 7*, 163-177.
- Clair, A. L., Oei, T. P., & Evans, L. (1992). Personality and treatment response in agoraphobia with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry, 33*, 310-318.
- Cobb, J. P., Mathews, A. M., Childs-Clarke, A., & Blowers, C. M. (1984). The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 144*, 282-287.

- Cobb, J. P., McDonald, R., Marks, I. M., & Stern, R. (1980). Marital versus exposure therapy: Psychological treatments of co-existing marital and phobic-obsessive problems. *Behavioral Analysis and Modification*, 4, 3-17.
- Craske, M. G., Burton, T., & Barlow, D. H. (1989). Relationships among measures of communication, marital satisfaction and exposure during couples treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 131-140.
- Craske, M.G., & Rodriguez, B.I. (1994). Behavioral treatment of panic disorders and agoraphobia. In Hersen, M., Eisler, R.M. & Miller, P.M. (Eds), *Progress in behavior modification*, vol.29. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- Craske, M. G., & Zoellner, L. A. (1995). Anxiety disorders: The role of marital therapy. In Jacobson, Neil S , Gurman, Alan S (Eds), *Clinical handbook of couple therapy*. (pp. 394-410). xi, NY, US: Guilford Press.
- Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L., & Slymen, D. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1065-1069.
- Daiuto, A. D., Baucom, D. H., Epstein, N., & Dutton, S. S. (1998). The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia: Implications of empirical research. *Clinical Psychology Review. Special Issue: Behavioral Couples Therapy*, 18, 663-687.
- de Jong, G. M., & Bouman, T. K. (1995). Panic disorder: A baseline period. Predictability of agoraphobic avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 185-199.
- de Ruiter, C., & Garssen, B. (1989). Social anxiety and fear of bodily sensations in panic disorder and agoraphobia: A matched comparison. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 11, 175-184.

- Dehle, C., & Weiss, R. L. (2002). Associations between anxiety and marital adjustment. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* Vol 136, 328-338.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. N.Y: Graywind Publications.
- Eher, R., Rau, H., Fruhwald, S., Ritter, K., Grunhut, C., Schmitt, M., et al. (2002). Intimate relationships of patients meeting a diagnosis of panic disorder/agoraphobia: Evidence for submissive and nonassertive conflict styles. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis* 31, 14-21.
- Ehlers, A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy* Vol 31, 269-278.
- El-Baalbaki, G., Bélanger, C., Marchand, A., Marcaurelle, R., Fredman, S., & Baucom, D. (2008). *Marital interactions predict panic disorder with agoraphobia symptom severity*
Unpublished manuscript.
- Emmelkamp, P., (1980). Agoraphobics' interpersonal problems: their role in the effects of exposure in vivo therapy. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1303-1306.
- Emmelkamp, P., Van Dyck, R., Bitter, M., Heins, R., et al. (1992). Spouse-aided therapy with agoraphobics. *British Journal of Psychiatry* 160, 51-56..
- Emmelkamp, P., & Gerlsma, C. (1994). Marital functioning and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 25, 407-429.
- Fauerbach, J. A. (1992). Marital interaction patterns of couples with and without an agoraphobic partner. *Dissertation Abstracts International*, 52, 5530-5531.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Saviotti, F. M., et al. (1993). Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 29, 213-217.

- Fava, G. A., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders Vol 65*, 185-190.
- Fava, G.A., Zielezny, M., Savron, G., & Grandi, S. (1995). Long-term effects of behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 166, 87-92.
- Fichter, M. M., Glynn, S. M., Weyerer, S., Liberman, R. P., & Frick, U. (1997). Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Family Process*, 36, 202-221.
- Filak, J., Abeles, N., & Norquist, S. (1986). Clients' pretherapy interpersonal attitudes and psychotherapy outcome. *Professional Psychology: Research and Practice Vol 17*, 217-222.
- Fisher, L. M., & Wilson, G. T. (1985). A study of the psychology of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 97-107.
- Fodor, I. G. (1974). The phobic syndrome in women: Implications for treatment. In Violet Franks & Vasanti Burtle (eds.), *Women in therapy*. New York: Brunner/Mazel, 132-168.
- Franklin, J. A., & Andrews, G. (1989). Stress and the onset of agoraphobia. *Australian Psychologist Vol 24*, 203-219.
- Fredman, S. J., Chambless, D. L., & Steketee, G. (2004). Development and Validation of an Observational Coding System for Emotional Overinvolvement. *Journal of Family Psychology*, 18, 339-347.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume. (1994). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation/L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encéphale*, 20, 47-55.
- Fry, W. F., Jr. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process*, 1, 245-252.

- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3, 13-27.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Goodstein, R. K., & Swift, K. (1977). Psychotherapy with phobic patients: The marriage relationship as the source of symptoms and focus of treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 31, 284-293.
- Gorman, J. M., & Coplan, J. D. (1996). Comorbidity of depression and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 10), 34-41.
- Guay, S., Boisvert, J. M., Beaudry, M., & Bujold, A. (1999). L'entraînement aux habiletés à la communication: manuel du couple.
- Hafner, R., & Minge, P. J. (1989). Sex role stereotyping in women with agoraphobia and their husbands. *Sex Roles*, 20, 705-711.
- Hafner, R. J. (1976). Fresh symptom emergence after intensive behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 129, 378-383.
- Hafner, R. J. (1977a). The husbands of agoraphobic women and their influence on treatment outcome. *British Journal of Psychiatry*, 131, 289-294.
- Hafner, R. J. (1977b). The husbands of agoraphobic women: Assortative mating or pathogenic interaction? *British Journal of Psychiatry*, 130, 233-239.
- Hafner, R. J. (1981). Agoraphobia in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 243-249.

Hafner, R. J. (1984). The marital repercussions of behavior therapy for agoraphobia.

Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 21, 530-542.

Hafner, R. J., & Minge, P. J. (1989). Sex role stereotyping in women with agoraphobia and their husbands. *Sex Roles*, 20, 705-711.

Haimo, S., & Blitman, F. (1985). The effects of assertive training on sex role concept in female agoraphobics. *Women & Therapy*, 4, 53-61.

Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 13, 405-411.

Hautzinger, M., Linden, M., & Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: an analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 13, 307-314.

Himadi, W. G., et al. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 107-115.

Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., & Faraone, S. V. (1997). Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 205-213.

Hoffart, A. (1997). Interpersonal problems among patients suffering from panic disorder with agoraphobia before and after treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 149-157.

Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.

- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology* 98, 229-235.
- Hudson, B. (1974). The families of agoraphobics treated by behaviour therapy. *British Journal of Social Work* Vol 4, 51-59.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Katon, W. (1996). Panic disorder: Relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 11-18.
- Kleiner, L. (1987). The relationship of interpersonal problems to the development and treatment of agoraphobia. *Dissertation Abstracts International*, 47,
- Kleiner, L., & Marshall, W. (1985). Relationship difficulties and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 5, 581-595.
- Kleiner, L., & Marshall, W. (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 313-323.
- Kleiner, L., Marshall, W., & Spevack, M. (1987). Training in problem-solving and exposure treatment for agoraphobics with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 219-238.
- Kleiner, L., & Marshall, W. L. (1985). Relationship difficulties and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 5, 581-595.
- Lange, A., & Van Dyck, R. (1992). The function of agoraphobia in the marital relationship. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 89-93.

- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
- Lelliott, P. T., Marks, I. M., Monteiro, W. O., Tsakiris, F., et al. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure: Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 599-605.
- Liotti, G., & Guidano, V. (1976). Behavioural analysis of marital interaction in agoraphobic male patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 161-162.
- Marcaurelle, R. (2004). *Facteurs conjugaux dans le trouble panique avec agoraphobie et son traitement*. Thèse doctorale, Université du Québec A Montréal.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., & Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 23, 247-276.
- Marcaurelle, R., Bélanger, C., Marchand, A., El-Baalbaki, G., & Guay, S. (2004). *Effects of marital communication training on treatment outcome in panic disorder with agoraphobia*: unpublished work.
- Marcaurelle, R., Belanger, C., Marchand, A., Katerelos, T. E., & Mainguy, N. (2005). Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 211-232.
- Marchand, A., Bérard, M., Boisvert, J.-M., Gaudette, G., et al. (1985). Group treatment of agoraphobia with or without patients' partners/Le traitement de l'agoraphobie en groupe avec ou sans partenaire. *Revue Québécoise de Psychologie*, 6, 36-49.
- Marchand, A., & Comeau, S. (1992). A clinical study of group treatment of agoraphobia among patients with and without a spouse/Une recherche clinique sur le traitement en groupe de

- l'agoraphobie avec et sans partenaire. *Science et Comportement. Special Issue: Panic disorders*, 22, 163-174.
- Marchand, A., Comeau, S., & Trudel, G. (1994). L'influence de la relation conjugale dans le développement, le maintien et le traitement du trouble panique avec agoraphobie. *Thérapie comportementale et cognitive*, 4, 76-88.
- Marchand, L., Stephenson, R., Feeney, S., & Marchand, A. (1999). Validation factorielle de l'adaptation canadienne-française de l'Anxiety Sensitivity Scale. Poster presented at the Congrès de l'Association Canadienne-Français pour l'Avancement des Sciences, Ottawa.
- Markman, H. J., Blumberg, S. L., & Stanley, S. M. (1993a). *Premarital and relationship enhancement program: consultant's manual*. Denver, CO: University of Denver.
- Markman, H. J., Blumberg, S. L., & Stanley, S. M. (1993b). *Premarital and relationship enhancement program: Leader's manual*. Denver, CO: University of Denver.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., & Klerman, G. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Mathews, A. M., Teasdale, J., Munby, M., Johnston, D. and Shaw, P.A. (1977). A home-based treatment program for agoraphobics. *Behavior Therapy*, 8, 915-924.
- McCabe, S. B., & Gotlib, I. H. (1993). Interactions of couples with and without a depressed spouse: Self-report and observations of problem-solving situations. *Journal of Social & Personal Relationships*, 10, 589-599.
- McCarthy, L., & Shean, G. (1996). Agoraphobia and interpersonal relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 477-487.
- Merikangas, K. R., Ranelli, C. J., & Kupfer, D. J. (1979). Marital interaction in hospitalized depressed patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 167, 689-695.

- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., & Falloon, I. R. (1983). Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 359-367.
- Milton, F., & Hafner, J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry, 36*, 807-811.
- Monroe, S. M., & Hadjiyannakis, K. (2002). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. In Gotlib, Ian H & Hammen, Constance L (Eds.), *Handbook of depression*. (pp. 314-340). New York, NY, US: Guilford Press..
- Monteiro, W., Marks, I. M., & Ramm, E. (1985). Marital adjustment and treatment outcome in agoraphobia. *British Journal of Psychiatry 146*, 383-390.
- Moran, C., & Andrews, G. (1985). The familial occurrence of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 146*, 262-267.
- Nezu, A. M. (1986). Negative life stress and anxiety: Problem solving as a moderator variable. *Psychological Reports, 58*, 279-283.
- Noyes, R., Jr., Holt, C. S., & Woodman, C. L. (1996). Natural course of anxiety disorders. In Mavissakalian, Matig R & Prien, Robert F (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders*. (pp. 1-48)., DC, US: American Psychiatric Association.
- O'Farrell, T. J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, H. S. G. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 744-752.
- Oppenheimer, K., & Frey, J. (1993). Family transitions and developmental processes in panic-disordered patients. *Family Process, 3*, 341-352.
- Page, A. C. (2002). Nature and treatment of panic disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 15*, 149-155.

- Perez, M., Pettit, J. W., David, C. F., Kistner, J. A., & Joiner, T. E., Jr. (2001). The interpersonal consequences of inflated self-esteem in an inpatient psychiatric youth sample. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 69*, 712-716.
- Peter, H. & Hand, I. (1988). Patterns of patient-spouse interaction in agoraphobics: Assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome of self-exposure treatment. (In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias: 2. Treatments and variables affecting course and outcome* (pp.240-251). Berlin, Germany: Springer-Verlag.)
- Powers, J. F. (1984). Dimensions of agoraphobia in married women: Assertiveness, marital satisfaction and sex role influences. *Dissertation Abstracts International, 45*, 684-685.
- Pyke, J., & Roberts, J. (1987). Social support and married agoraphobic women. *Canadian Journal of Psychiatry, 32*, 100-104.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 1-8.
- Renshaw, K.D., Chambless, D.L., & Steketee, G. (2006). The Relationship of Relatives' Attributions to Their Expressed Emotion and to Patients' Improvement in Treatment for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy, 37*, 159-169.
- Rodde, S., & Florint, I. (2002). Expressed emotion, relationship satisfaction, and therapeutic outcome in agoraphobic patients/Expressed Emotion, Partnerschaftszufriedenheit und Therapieerfolg bei agoraphobischen Patienten. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 31*, 135-142.
- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M., et al. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, NY, US: Guilford Press.

- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H.-U., Ustun, B., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey: Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Roy-Byrne, P. P., Vitaliano, P. P., Cowley, D. S., Luciano, G., et al. (1992). Coping in panic and major depressive disorder: Relative effects of symptom severity and diagnostic comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 179-183.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and Validation of a Brief Version of the Dyadic Adjustment Scale With a Nonparametric Item Analysis Model. *Psychological Assessment*, 17, 15-27.
- Salvador-Carulla, L., Segui, J., Fernandez-Cano, P., & Canet, J. (1995). Costs and offset effect in panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166, 23-28.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York, NY: Guilford Press.
- Shean, G., & Uchenwa, U. (1990). Interpersonal style and anxiety. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 124, 403-408.
- Shean, G. D. (1990). Interpersonal aspects of agoraphobia: Therapeutic implications. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 101-122.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Siegel, L., Jones, W. C., & Wilson, J. O. (1990). Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 201-211.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38, 15-28.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1997). Further evidence for the construct validity of the Beck Depression Inventory-II with psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 80, 443-446.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1997). Validation of the adaptation for the Quebec francophones of the Mobility Inventory for Agoraphobia. *Science et Comportement*, 26, 35-58.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M. C. (1998). Cross-cultural validation of the Body Sensations Questionnaire for the French-Canadian population/Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *Encéphale*, 24, 415-425.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1999). A Canadian French adaptation of the _____ Agoraphobic Cognitions Questionnaire: Cross-cultural validation and gender differences. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 58-69.
- Stoler, L. S., & McNally, R. J. (1991). Cognitive bias in symptomatic and recovered agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 539-545.
- Stubbe, D. E., Zahner, G. E., Goldstein, M. J., & Leckman, J. F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 139-154.
- Symonds, A. (1971). Phobias after marriage: Women's declaration of dependence. *American Journal of Psychoanalysis*, 31, 144-152.

- Szmukler, G. I., Eisler, I., Russell, G. F., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental "expressed emotion" and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tillotson, D. J. (1992). Connection, disconnection and intimacy in married agoraphobic women. *Dissertation Abstracts International*, 52.
- Thomas-Peter, B. A., Jones, R. B., Sinnott, A. and Fordham, A.S. (1983). Prediction of outcome in the treatment of agoraphobia. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 320-328.
- Turgeon, L., Marchand, A., & Dupuis, G. (1998). Clinical features in panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 539-553.
- Vitaliano, P. P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R. D., et al. (1987). Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 78-84.
- Vollrath, M., & Angst, J. (1993). Coping and illness behavior among young adults with panic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 303-308.
- Wade, S. L., Monroe, S. M., & Michelson, L. K. (1993). Chronic life stress and treatment outcome in agoraphobia with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1491-1495.
- Webster, A. S. (1953). The development of phobias in married women. *Psychological Monographs*, 67, 18.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). A clinical-research overview of couples interactions. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples intervention* (pp. 13-41). Chichester, England: Wiley.
- Weissman, M. M. (1991). Panic disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 6-8.

- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction.. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2004). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 328-379). London: Guilford Press.
- Winter, D., & Gournay, K. (1987). Construction and constriction in agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 233-244.
- Wittchen, H.-U., & Essau, C. A. (1993). Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 47-68.
- Wright, J. (1990). *La survie du couple*. Montreal: Le jour.
-

APPENDICE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT(E) AVEC TPA

RECHERCHE SUR LE TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU (DE LA) PARTICIPANT(E)

Nous vous invitons à participer à une étude clinique où l'on compare l'efficacité de certaines modalités de psychothérapie dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie. Le but de cette étude est de mesurer l'efficacité d'un traitement reconnu pour le trouble de panique avec agoraphobie, en lien avec le fonctionnement conjugal. Cette étude vise également à déterminer dans quelle mesure les services que vous recevrez correspondent à vos attentes et à vos demandes. Toutes les personnes participant à cette étude bénéficieront gratuitement d'une psychothérapie en groupe. Veuillez noter que le fait de ne pas être admis à l'étude est attribuable uniquement à des facteurs associés aux besoins de cette recherche et ne diminue en rien le respect que nous portons à votre personne et à vos droits. Avant de signer ce formulaire de consentement, il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes et que vous posiez les questions nécessaires pour bien comprendre les implications de votre participation. Cette recherche est supervisée par Claude Bélanger, PhD., psychologue, André Marchand, PhD., psychologue et Michel Perreault, PhD., psychologue.

Déroulement de l'étude

Première phase

Au cours de cette phase, vous serez convié(e) à une rencontre d'évaluation avec un psychiatre, et à une rencontre avec un autre intervenant pour une évaluation à l'aide de questionnaires psychologiques. Ces questionnaires ont pour but d'évaluer votre problème anxieux. À la suite de ces deux rencontres, on sera en mesure de vous donner une confirmation finale de votre admission au traitement offert dans le cadre de la présente recherche. S'il s'avère que votre condition ne répond pas aux critères exigés par cette recherche, on vous dirigera vers le traitement ou l'organisme le plus approprié. Si vous êtes admis(e) dans le traitement, vous devrez remplir un certain nombre de questionnaires, quelques uns sur place, les autres à la maison, et dont certains portent sur votre fonctionnement conjugal. Vous devrez aussi participer à une discussion d'une durée de 15 minutes avec votre conjoint (e), où vous aurez à résoudre un problème. Vous serez filmés pendant cette interaction.

Deuxième phase

Vous devrez participer à 14 rencontres échelonnées sur 14 semaines. Ces rencontres en groupe ont comme objectif principal le traitement de votre trouble de panique avec agoraphobie. Chaque rencontre durera environ trois heures. Vous serez dirigé(e) au hasard vers l'une ou l'autre de ces deux modalités de traitement :

-14 séances sans la participation des conjoints et axées seulement sur le trouble panique avec agoraphobie

ou

-7 séances sans la participation des conjoints et axées sur le trouble panique avec agoraphobie, suivies de 7 séances avec la participation des conjoints et axées sur les patrons de communication dans le couple.

Troisième phase

Au milieu du traitement, on vous demandera de remplir quelques questionnaires. À la fin du traitement, ainsi que six mois plus tard (relance), vous devrez de nouveau remplir des questionnaires et assister à une rencontre d'évaluation. À la fin de la thérapie seulement, une autre discussion avec votre conjoint(e) sera filmée.

Consignes à suivre

Il est important de respecter les recommandations psychothérapeutiques données dans le cadre de cette étude et de ne pas suivre d'autres formes de psychothérapie (sauf les entrevues de soutien avec un médecin généraliste) car elles pourraient interférer avec le traitement que nous vous offrons. Si vous ne prenez pas de médication (anxiolytique, antidépresseur ou autre) pour le trouble panique avec agoraphobie ou d'autres troubles psychologiques, vous êtes prié(e) de ne pas commencer à prendre de médicaments de ce type entre aujourd'hui et la relance. Si vous prenez de la médication pour le trouble panique avec agoraphobie ou d'autres troubles psychologiques, vous êtes prié(e) de la maintenir stable tout au long du traitement. Dans les deux cas, le traitement pourra être modifié si, après que vous aurez consulté le psychiatre traitant de l'équipe de recherche, ce dernier le juge nécessaire.

Retrait de l'étude

Les responsables de la recherche peuvent interrompre votre participation sans votre consentement dans les cas suivants : a) ils estiment qu'un autre traitement est plus approprié, compte tenu de votre état physique ou psychologique; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude. Par ailleurs, votre participation à cette étude est volontaire et vous pouvez l'interrompre en tout temps, si vous le désirez. Veuillez noter que même si vous vous retirez de l'étude, vous conservez le droit de poursuivre le traitement de groupe commencé.

Confidentialité

Tout ce qui relève de votre dossier médical et des données issues de la recherche est confidentielle.

Dispositions générales

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires au sujet de ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec monsieur Ghassan El-Baalbaki au (514) 987-3000, poste 1777. Si vous vous inquiétez de certaines réactions ou de certains malaises, vous pouvez rejoindre, à l'hôpital Louis-H., la psychiatre Nicole Mainguy au (514) 251-4000, poste 3129 ou encore, à l'hôpital Douglas, le psychiatre John Pecknold en appelant sa secrétaire au 769-8502.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, soussigné(e), certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement.

Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du trouble panique avec agoraphobie et j'accepte d'y participer.

NOM DU PARTICIPANT : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____

NOM DU TÉMOIN : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CONJOINT SANS TPA

RECHERCHE SUR LE TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CONJOINT DE LA PARTICIPANTE OU DE LA CONJOINTE DU PARTICIPANT

Nous vous invitons à participer à une étude clinique où l'on compare l'efficacité de certaines modalités de psychothérapie dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie. Le but de cette étude est de mesurer l'efficacité d'un traitement reconnu pour le trouble de panique avec agoraphobie, en lien avec le fonctionnement conjugal. Cette étude vise également à déterminer dans quelle mesure les services reçus par les personnes affectées par le trouble panique avec agoraphobie correspondent à leurs attentes et à leurs demandes. Avant de signer ce formulaire de consentement, il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes et que vous posiez les questions nécessaires pour bien comprendre les implications de votre participation. Cette recherche est supervisée par Claude Bélanger, Ph.D., psychologue, André Marchand, Ph.D., psychologue, et Michel Perreault, Ph.D., psychologue.

Déroulement de l'étude

Première phase

Vous serez rencontré(e) pour une évaluation où vous aurez à remplir des questionnaires portant sur votre fonctionnement conjugal, quelques uns sur place, les autres à la maison. Vous devrez aussi participer à une discussion d'une durée de 15 minutes avec votre conjoint(e), où vous aurez à résoudre un problème. Vous serez filmés pendant cette interaction.

Deuxième phase

Selon une sélection qui sera faite *au hasard*, il est possible que vous ayez à participer à 7 rencontres pour une thérapie axée sur les patrons de communication dans le couple. Chaque rencontre durera environ trois heures.

Troisième phase

À la fin de la thérapie, vous devrez de nouveau assister à une rencontre d'évaluation où on vous demandera de remplir des questionnaires sur votre fonctionnement conjugal et de participer, avec votre conjoint(e), à une discussion filmée où vous aurez à résoudre un problème. Enfin, six mois après la thérapie (relance), nous vous demanderons seulement de remplir des questionnaires sur votre fonctionnement conjugal.

Consignes à suivre

Il est important de respecter les recommandations psychothérapeutiques données dans le cadre de cette étude et de ne pas suivre d'autres formes de psychothérapie pendant le traitement que nous vous offrons.

Retrait de l'étude

Les responsables de la recherche peuvent interrompre votre participation sans votre consentement dans les cas suivants : a) ils estiment qu'un autre traitement est plus approprié compte tenu de votre état physique ou psychologique; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude. Par ailleurs, votre participation à cette étude est volontaire et vous pouvez l'interrompre en tout temps si vous le désirez. Veuillez noter que même si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous conservez, avec votre conjoint(e), le droit de poursuivre le traitement de groupe commencé.

Confidentialité

Tout ce qui relève des données issues de cette recherche est confidentiel.

Dispositions générales

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec Ghassan El-Baalbaki au 987-3000 poste 1777. Si vous vous inquiétez de certaines réactions ou de certains malaises, vous pouvez rejoindre, à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, la psychiatre Nicole Mainguy en appelant sa secrétaire au 251-4000 poste 2495; ou encore, à l'hôpital Douglas, le psychiatre John Pecknold en appelant sa secrétaire au 769-8502.

**CONSENTEMENT DU CONJOINT DE LA PARTICIPANTE OU DE LA
CONJOINTE DU PARTICIPANT**

Je, soussigné(e), certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement.

Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du trouble panique avec agoraphobie et j'accepte d'y participer.

NOM DU PARTICIPANT : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____

NOM DU TÉMOIN : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE SUR LES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

DATE: _____

NO: _____

NOM: _____

PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____

SEXE: 1.Féminin 2.Masculin

DATE DE NAISSANCE: _____

ÂGE: _____

STATUT CIVIL

1- Célibataire

3- Marié-e

5- Veuf-ve

2- Union de fait

4- Séparé-e ou divorcé-e

VIE DE COUPLE

Nombre d'années de vie commune: _____

L'agoraphobie entraîne-t-elle des problèmes dans votre couple?

1- jamais 2- parfois 3- souvent 4- toujours

NOMBRE D'ENFANTS: _____ À CHARGE: _____

SCOLARITÉ

Niveau
complété

1- Primaire

3- Collégial(CEGEP)

5- Baccalauréat

2- Secondaire

4- Certificat

6- Maîtrise ou doctorat

Pendant combien d'années avez-vous fréquenté une institution d'enseignement?

TRAVAIL RÉMUNÉRÉ

Avez-vous un emploi rémunéré?

1- Temps complet

2- Temps partiel

3- Pas d'emploi rémunéré

Si oui, depuis combien de temps? _____

Quelle est la nature de votre emploi? _____

L' agoraphobie entraîne-t-elle des difficultés au travail?

1- Oui 2- Non

Si vous ne travaillez pas à l'extérieur, est-ce relié à votre problème d'agoraphobie?

1- Oui 2- Non

Quel était votre dernier emploi? _____

Date de cessation: _____

ÉTUDES

Poursuivez-vous des études?

1- Temps plein 2- Temps partiel 3- Pas aux études

Si oui, dans quel programme? _____

REVENUS

Quelles sont vos sources de revenus? (Vous pouvez encercler plusieurs chiffres).

- 1) Travail
- 2) Prestations d'assurance-chômage
- 3) Invalidité ou accident de travail
- 4) Prestations d'aide sociale
- 5) Pension alimentaire
- 6) Autres (ex.: prêt, bourses, aide d'un proche, etc.)

Sur une base annuelle, à combien estimez-vous vos revenus personnels?

- | | | |
|---------------------|------------------|---------------------|
| 1- Moins de 4,999\$ | 4- 20 à 29,999\$ | 7- 50 à 59,999\$ |
| 2- 5 à 9,999\$ | 5- 30 à 39,999\$ | 8- 60,000\$ et plus |
| 3- 10 à 19,999\$ | 6- 40 à 49,999\$ | |

Sur une base annuelle, à combien estimez-vous l'ensemble des revenus de votre ménage (vos revenus personnels et ceux de votre conjoint-e ou ceux de vos parents si vous êtes encore à leur charge)?

- | | | |
|---------------------|------------------|---------------------|
| 1- Moins de 4,999\$ | 4- 20 à 29,999\$ | 7- 50 à 59,999\$ |
| 2- 5 à 9,999\$ | 5- 30 à 39,999\$ | 8- 60,000\$ et plus |
| 3- 10 à 19,999\$ | 6- 40 à 49,999\$ | |

TROUBLE DE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

Quels sont les symptômes qui vous ont amenés à consulter?

Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous souffriez d'attaques de panique ou d'agoraphobie?

. Oui . Non

À quel moment avez-vous consulté la première fois pour ce problème?

Qui vous en a parlé la première fois? _____

Quand vous en a-t-on parlé la première fois? _____

Depuis combien de temps avez-vous ce problème? Années: _____ Mois: _____

Qui avez-vous consulté jusqu'ici?

Quel type de professionnel?

- ___ omnipraticien
- ___ psychologue
- ___ psychiatre
- ___ infirmière
- ___ travailleur social
- ___ autre (spécifiez _____)

Dans quelles Ressources?

☐ Info-santé
☐ CLSC
☐ Clinique médicale
 Hôpital général:
☐ Urgence
☐ Services externes
☐ Hospitalisation
 Hôpital psychiatrique:
☐ Urgence
☐ Services externes
☐ Hospitalisation
☐ Groupes d'entraide

Prenez-vous des médicaments?

1- Oui 2- Non

Quels médicaments?

Quelle est la posologie? _____

TRAITEMENT

Avez-vous déjà suivi une thérapie pour ce problème ou pour une autre difficulté?

1- Oui 2- Non

Si oui, quel type de thérapie?

Si oui, quand? _____

APPENDICE D

QUESTIONNAIRES SUR LES SYMPTÔMES DU TPA

QUESTIONNAIRE SUR LES SENSATIONS PHYSIQUES (QSP)

NOM : _____

DATE : _____

Ce questionnaire regroupe certaines sensations qui peuvent apparaître lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e.

A) Évaluez le degré de peur suscité par chacune des sensations que vous avez déjà ressenties. Utilisez l'échelle suivante :

1. Cette sensation ne m'effraie pas du tout
2. Cette sensation m'effraie un peu
3. Cette sensation m'effraie moyennement
4. Cette sensation m'effraie beaucoup
5. Cette sensation m'effraie énormément

- _____ 1. Palpitations cardiaques.
 - _____ 2. Serrement ou sensation de lourdeur dans la poitrine.
 - _____ 3. Engourdissement dans les bras ou les jambes.
 - _____ 4. Picotements au bout des doigts.
 - _____ 5. Engourdissement dans une autre partie du corps.
 - _____ 6. Souffle court.
 - _____ 7. Étourdissement.
 - _____ 8. Vision embrouillée.
 - _____ 9. Nausée (mal de cœur).
 - _____ 10. Avoir des papillons dans l'estomac ou avoir l'estomac à l'envers.
 - _____ 11. Impression d'avoir un nœud dans l'estomac.
 - _____ 12. Avoir une boule dans la gorge.
 - _____ 13. Avoir les jambes molles.
 - _____ 14. Transpirer.
 - _____ 15. Avoir la gorge sèche.
 - _____ 16. Se sentir désorienté-e et confus-e.
 - _____ 17. Se sentir détaché-e ou déconnecté-e de son corps; impression d'être « à moitié là ».
 - _____ 18. Autres sensations (décrivez-les et évaluez-les).
-

B) Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffres correspondant aux trois sensations les plus pénibles pour vous.

Référence : Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics : the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 1090-1097.

Adaptation française : Marchand, A., Lalonde, J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D. Gareau, sept.1992.

QUESTIONNAIRE SUR LES PENSÉES PHOBiques (QPP)

NOM : _____

DATE : _____

Ce questionnaire regroupe différentes pensées ou idées qui peuvent apparaître lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e.

A) Évaluez la fréquence d'apparition de chacune de ces idées lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e. Utilisez l'échelle suivante :

1. Cette idée n'apparaît jamais.
2. Cette idée apparaît rarement.
3. Cette idée apparaît parfois.
4. Cette idée apparaît fréquemment.
5. Cette idée apparaît toujours.

- _____ 1. Je vais vomir.
- _____ 2. Je vais mourir.
- _____ 3. Je dois avoir une tumeur cérébrale.
- _____ 4. Je vais avoir une crise cardiaque.
- _____ 5. Je vais étouffer, suffoquer, manquer d'air.
- _____ 6. Je vais avoir l'air fou.
- _____ 7. Je vais devenir aveugle.
- _____ 8. Je ne serai pas capable de me contrôler.
- _____ 9. Je vais blesser quelqu'un.
- _____ 10. Je vais m'évanouir
- _____ 11. Je vais devenir fou-folle.
- _____ 12. Je vais me mettre à crier.
- _____ 13. Je vais me mettre à marmonner ou dire n'importe quoi.
- _____ 14. Je vais être paralysé-e de peur.
- _____ 15. Autres idées (décrivez-les et évaluez-les).

B) Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffres correspondant aux trois idées qui apparaissent le plus souvent lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e.

Référence : Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics : the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 1090-1097.

Adaptation française : Marchand, A., Lalonde, J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D. Gareau, sept.1992.

INVENTAIRE DE MOBILITÉ POUR L'AGORAPHOBIE (IMA)

NOM : _____

DATE : _____

Veillez indiquer à quel point vous évitez les situations ou les endroits suivants en raison de l'anxiété ou des malaises qu'ils provoquent. Évaluez votre degré d'évitement lorsque vous êtes accompagné-e d'une personne sécurisante et lorsque vous êtes seul-e. Utilisez l'échelle suivante :

1. Je n'évite jamais.
2. J'évite rarement.
3. J'évite une fois sur deux.
4. J'évite la plupart du temps.
5. J'évite toujours

Vous pouvez au besoin utiliser des nombres intermédiaires (par exemple, 3,5 ou 4,5).

Inscrivez le chiffre approprié pour chaque endroit ou situation sous les deux conditions suivantes : accompagné-e et seul-e. Si une situation ne s'applique pas à vous, ne répondez pas.

ENDROITS/SITUATIONS

Accompagné-e Seul-e

1. Cinémas.....	_____	_____
2. Supermarché	_____	_____
3. Salles de cours.....	_____	_____
4. Magasins à rayons.....	_____	_____
5. Restaurants	_____	_____
6. Musées	_____	_____
7. Ascenseurs	_____	_____
8. Amphithéâtres ou stades	_____	_____
9. Stationnements intérieurs.....	_____	_____
10. Endroits élevés. Quelle hauteur? _____	_____	_____
11. Espaces fermés (ex :tunnels)	_____	_____
12. Espaces vastes		
a) à l'extérieur (ex. :champs, rues larges, cours)	_____	_____
b) à l'intérieur (ex. :grandes pièces, salles d'attente).....	_____	_____
13. Aller en autobus	_____	_____
14. Aller en train	_____	_____
15. Aller en métro	_____	_____
16. Aller en avion.....	_____	_____
17. Aller en bateau	_____	_____

18. Conduire ou aller en automobile		
a) n'importe quand.....	_____	_____
b) sur les voies rapides	_____	_____
19. Attendre en ligne.....	_____	_____
20. Traverser des ponts	_____	_____
21. Réceptions (party) ou rencontres sociales	_____	_____

1 Je n'évite jamais.	
2 J'évite rarement.	
3 J'évite une fois sur deux.	
4 J'évite la plupart du temps	
5 J'évite toujours	

22. Marcher sur la rue.....	_____	_____
23. Rester seul-e à la maison	NSP	_____
24. Être éloigné-e de la maison.....	_____	_____
25. Autre (spécifiez) : _____		

Nous définissons une attaque de panique comme suit :

- 1) un niveau d'anxiété élevé accompagné par
- 2) de fortes réactions physiques (palpitations cardiaques, transpirations, spasmes musculaires, étourdissements, nausées),
- 3) une diminution passagère des capacités de planifier, penser et raisonner et
- 4) un désir intense d'échapper à la situation.

Une attaque de panique ne se définit donc pas uniquement par une forte anxiété ou la peur.

Veillez indiquer le nombre d'attaques de panique survenues dans les sept derniers jours: _____

Référence : Chambless,D .L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J., Williams, C., (1985). The mobility inventory for agoraphobia. Behaviour research and therapy, 23, 35-44.

Adaptation français : Marchand,AQ., Lalonde,J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D.Gareau, sept.1992.

INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant la réponse appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensation d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. « Jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant (s)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

INDEX DE SENSIBILITÉ À L'ANXIÉTÉ (ISA)

Index de Sensibilité à l'Anxiété

CODE: ____/____/____/____/____/____/____/____

Date: ____/____/____
jour mois année

Aux phrases suivantes, veuillez encadrer un des cinq items suivants:

- 0—très peu
- 1—un peu
- 2—quelquefois
- 3—beaucoup
- 4—énormément

1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(euse). _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
2. Quand je ne peux me concentrer sur une tâche, je m'inquiète d'obtenir (ou de perdre). _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
3. Cela me fait peur quand je me sens instable. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
4. Cela me fait peur quand je pense m'émouvoir. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
5. Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
6. Cela me fait peur quand mon cœur bat rapidement. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
7. Cela m'embarrasse quand mon estomac "crise". _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
8. Cela me fait peur quand j'ai des sensations de nausée. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
9. Quand je m'aperçois que mon cœur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une "crise de cœur" (infarctus). _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
10. Cela me fait peur quand je deviens essouffé(e). _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être très malade. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
13. Les gens remarquent quand je me sens tout(e) à l'endroit(a). _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
14. Les sensations corporelles inhabituelles me font peur. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
15. Quand je me sens nerveux(euse), je m'inquiète que je pourrais avoir une maladie grave. _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4
16. Cela me fait peur quand je suis nerveux(euse). _____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4

Références: Reiss, S., Polivka, R. A., Gensky, D. M., & McNelly, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety, frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24, 1-8. Traduction: R. Saphier, A. Marchand, & P. Dufresne (1994). Université de Québec à Montréal (Tous droits réservés).

INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK (BDI)

Date : _____

Nom _____	Situation de famille _____	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> vivant maritalement
		<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)
		<input type="checkbox"/> séparé(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire
Âge _____ Sexe _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Profession _____ Niveau d'études _____			

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti (e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe no 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse 0- Je ne me sens pas triste. 1- Je me sens très souvent triste. 2- Je suis tout le temps triste. 3- Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable.	5. Sentiments de culpabilité 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable 1- Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2- Je me sens coupable la plupart du temps. 3- Je me sens tout le temps coupable
2 Pessimisme 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer	6 Sentiment d'être puni 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e) 1 Je sens que je pourrais être puni(e) 2 Je m'attends à être puni(e) 3 J'ai le sentiment d'être puni(e)
3. Échecs dans le passé 0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e) 1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû. 2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs 3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie	7. Sentiments négatifs envers soi-même 0. Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1. J'ai perdu confiance en moi. 2. Je me reproche tous mes défauts. 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
4. Perte de plaisir 0- J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent. 1- Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant. 2- J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement. 3- Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement	8. Attitude critique envers soi 0- Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude. 1- Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais. 2- Je me reproche tous mes défauts. 3- Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
	9. Pensées ou désirs de suicide 0- Je ne pense pas du tout à me suicider 1- Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas 2- J'aimerais me suicider 3- Je me suiciderais si l'occasion se présentait



10 Pleurs	16 Modifications dans les habitudes de sommeil
0- Je ne pleure pas plus qu'avant 1- Je pleure plus qu'avant 2- Je pleure pour la moindre petite chose 3- Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable	0- Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé 1a- Je dors un peu plus que d'habitude 1b- Je dors un peu moins que d'habitude 2a- Je dors beaucoup plus que d'habitude 2b- Je dors beaucoup moins que d'habitude 3a- Je dors presque toute la journée 3b- Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir
11 Agitation	17 Irritabilité
0- Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 1- Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 2- Je suis agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille. 3- Je suis agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.	0- Je ne suis pas plus irritable que d'habitude. 1- Je suis plus irritable que d'habitude. 2- Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude. 3- Je suis constamment irritable.
12- Perte d'intérêt	18- Modifications de l'appétit
0- Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités. 1- Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. 2- Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses. 3- J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.	0- Mon appétit n'a pas changé. 1a- J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude. 1b- J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude. 2a- J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude. 2b- J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude. 3a- Je n'ai pas d'appétit du tout. 3b- J'ai constamment envie de manger.
13- Indécision	19- Difficulté à se concentrer
0- Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant 1- Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions 2- J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions. 3- J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.	0- Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant. 1- Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude. 2- J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit. 3- Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
14- Dévalorisation	20- Fatigue
0- Je pense être quelqu'un de valable. 1- Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant. 2- Je me sens moins valable que les autres. 3- Je sens que je ne vaux absolument rien.	0- Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude 1- Je me fatigue plus facilement que d'habitude 2- Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de chose que je faisais avant. 3- Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
15- Perte d'énergie	21- Perte d'intérêt pour le sexe
0- J'ai toujours autant d'énergie qu'avant. 1- J'ai moins d'énergie qu'avant 2- Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose. 3- J'ai trop peu d'Énergie pour faire quoi que ce soit.	0- Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1- Le sexe m'intéresse moins qu'avant. 2- Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant. 3- J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Score Total

APPENDICE E

QUESTIONNAIRES MARITAUX ET GRILLES DE COTATIONS COMPORTEMENTALES

ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE-IV

Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. IL s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, indiquez votre réponse en inscrivant un seul « X » dans la case appropriée. Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. Indiquez dans quelle mesure vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants :

	Toujours en accord	Presque toujours en accord	Parfois en accord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord	
1. Est-ce qu'il vous arrive souvent ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle ?							
2. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?							
3. Vous confiez-vous à votre partenaire?							
4. Les choix sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. « Heureux » correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Encerchez la case qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.	Extrêmement malheureux	Assez heureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux

QUESTIONNAIRE SUR LES SOURCES D'ACCORD ET DE DÉSACCORD

Voici une liste de thèmes qui sont fréquemment discutés entre conjoints. Veuillez lire attentivement chacun des énoncés de la liste suivante. Indiquez pour chacun des énoncés dans quelle mesure vous êtes en accord avec votre conjoint. Répondez en encrant un des chiffres de l'échelle suivante.

Désaccord majeur	Désaccord moyen	Désaccord mineur	Le problème ne se pose pas	Accord mineur	Accord moyen	Accord majeur
-3	-2	-1	0	1	2	3

Si vous n'avez jamais été concerné par un des thèmes de la liste, encerclez le chiffre 0 (le problème ne se pose pas).

Veuillez répondre en fonction de la situation actuelle : Ne répondez pas -3 ou -2 si un sujet qui avait l'habitude de vous causer des difficultés dans le couple est maintenant réglé. Veuillez répondre séparément.

1. La planification financière et monétaire (le budget, le crédit, l'épargne, les dépenses)	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. L'entretien de la maison et la prise de décision (les améliorations à la maison ou au logement)	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Le travail du mari (salaire, voyage, nature de l'implication)	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Le travail de l'épouse (devrait-elle travailler, temps requis au travail, conflit de carrière)	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. L'éducation et les soins aux enfants (discipline, les soins à donner, les jeux)	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Les divertissements familiaux et les loisirs (temps ensemble vs temps non ensemble, type d'activité)	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Les divertissements des adultes et leurs loisirs (temps ensemble vs temps non ensemble, type d'activité)	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Les amis (temps accordé aux amis, type d'amis, être poli avec des amis de votre conjoint(e) que vous n'aimez pas)	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. Éducation (satisfaction à propos du degré de scolarité, l'importance accordée à l'éducation, encouragement des efforts du conjoint(e))	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Religion (croyance commune, tolérance des opinions du conjoint)	-3	-2	-1	0	1	2	3

11. Le mode de vie (être conservateur ou être moderne, désaccord à propos de la tenue vestimentaire, les manières, les rôles de l'homme et de la femme.	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Politique	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Charité	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Tempérament et différences de personnalité (énergie de chacun, expression des émotions, sociabilité, humour)	-3	-2	-1	0	1	2	3
15. Affection et tendresse (démonstration, se sentir près ou loin de l'autre	-3	-2	-1	0	1	2	3
16. Acceptation – Rejet	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. Sexualité (contraception, fréquence, type de comportements préférés et reçus)	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Jalousie et aventures extraconjugales	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Les habitudes personnelles (négligence, ponctualité, attention)	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Les améliorations personnelles (poids, propreté)	-3	-2	-1	0	1	2	3
21. Santé (voir un médecin, être plus actif, être moins amorphe, diète)	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Mère de l'époux (soins requis, ingérence, comportement envers elle)	-3	-2	-1	0	1	2	3
23. Père de l'époux (soins requis, ingérence, comportement envers lui)	-3	-2	-1	0	1	2	3
24. Mère de l'épouse (soins requis, ingérence, comportement envers elle)	-3	-2	-1	0	1	2	3
25. Père de l'épouse (soins requis, ingérence, comportement envers lui)	-3	-2	-1	0	1	2	3
26. Le reste de la parenté	-3	-2	-1	0	1	2	3

SYSTÈME GLOBALE DE COTATION DES INTERACTIONS CONJUGALES (S.G.C.I.C)

S.G.C.I.C		Séquence 1		Séquence 2		Séquence 3		Total 15 min		Cotes				
		Pos	Nég	Pos	Nég	Pos	Nég	Pos	Nég	1	2	3	X	GT
1. Récit / Exposé - éche- de discussion le problème	1.1- Se retire de la discussion, se ferme, monopolise, etc.													
	1.2- Peu ou pas de mots affirmatifs (oui, etc.) Ne donne pas ou plus de lui-même info													
	1.3- Peu ou pas de mots d'ouverture. Ne se révèle pas ou plus (d'ouverture)													
	1.4- Peu ou pas de C, Y, corps tourné, sourcil, mal des épaules													
2. Dominance: as symétrie, contrôle, conversation (temps de contrôle)	2.1- Dirige conversation, parole, ne s'accorde pas à l'autre, le coupe, parle plus													
	2.2- Tente d'imposer à l'autre de changer certains de façon imposante ou mal													
	2.3- Ordonne, dicte, etc.													
	2.4- Résiste à l'avis de son partenaire, aux interruptions et suggestions													
3. Critique: attaque / Censure, Tension, Censure, etc.	3.1- Critique: jugement, blâme, paternelle, famille, jugement, etc.													
	3.2- Lecture de pensée, etc. (rép. rapide interpré- te du partenaire pour lui)													
	3.3- Méfiance: attaque, fait douter son agissant													
	3.4- Évaluation négative													
4. Soutien: validation, capacité d'écoute, renforcement en relation avec énoncés précédents	Locuteur	4.1- Exprime: plaisir, sympathie, empathie												
		4.2- Lecture de pensée, etc. (rép. rapide en perspective les auto- évaluation, etc.)												
		4.3- Résume, accepte, etc.												
		4.4- Encourage, complimente, etc.												
	Récepteur	4.5- Bon C, Y, corps orienté vers partenaire, pose regard												
		4.6- Attentif, bon C, Y, répond par sourires, hochements, hochements, etc.												
		4.7- Corps relaxé, sourit, etc.												
		4.8- Évaluation positive												
5. Résolution des problèmes: habiles, plans, etc.	Auteurs de clarification	5.1- Reconnaît l'existence du problème												
		5.2- Description claire et positive du problème												
		5.3- Déclencheur de solutions												
		5.4- Négocie, fait des compromis, etc.												
	Auteurs de validation	5.5- Reste sur sujet, orienté vers lui du problème												
		5.6- Propose ses orientations vers résolution du prob.												
		5.7- S'implique: s'engage à changer si nécessaire												
		5.8- Fait des plans, hypothèses visant à prouver des vérifications												

Date: ____/____/____

Bande No: ____

Juge: _____

Couple No: ____

Recherche: _____

QSAD No: ____

Sexe: M F

Notes: _____

Sujet No: _____

	No. compteur		Temps
	Debut	Fin	
Seq 1			
Seq 2			
Seq 3			

OBSERVATIONAL CODING SYSTEM FOR EMOTIONAL OVERINVOLVEMENT

Rating form for Emotional Overinvolvement in
Context of Patient-Relative Interactions

Rater _____ Date _____

Subject # _____ Type of Relative _____

Topic of discussion _____ Check here if patient's illness was the topic of the discussion.

Individual Rating ScalesAbsentModerateExtreme

<i>Intrusiveness</i>	1	2	3	4	5
----------------------	---	---	---	---	---

<i>Self-Sacrifice</i>	1	2	3	4	5
-----------------------	---	---	---	---	---

Exaggerated Response/Melodrama

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APPENDICE F

PROTOCOLE DU TRAITEMENT STANDARD

APPENDICE G

PROTOCOLE DU TRAITEMENT COMBINÉ

TRAITEMENT COGNITIF-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

PROTOCOLE DE GROUPE DE L'INTERVENTION COMBINÉE

1ère RENCONTRE (3h)

1. Accueil et mot de "bienvenue" (10 min)

- présentation des thérapeutes
- féliciter les gens pour leur présence, indice de motivation et exercice en soi
- les rassurer sur leur anxiété lors de cette 1ère rencontre
- expérience depuis 1983 dans le traitement de l'agoraphobie
- brève présentation des objectifs généraux de la recherche
- enregistrement de la rencontre

2. Plan et objectifs de la rencontre (faire connaissance et brève présentation du programme d'intervention) (5 min)

3. Jeu des prénoms (5 min)

A tour de rôle, les participants s'identifient par leur prénom, un des thérapeutes pointe ensuite une personne et celle-ci doit identifier celle qui est assise à sa droite ou à sa gauche selon la consigne. Si elle échoue, elle doit remplacer le thérapeute et ainsi de suite jusqu'à ce que la plupart des gens connaissent le prénom des autres membres du groupe. Le jeu peut être modifié à tout moment en demandant aux gens d'identifier la *énième* personne à leur droite ou leur gauche ou encore en demandant à tous les participants de changer de place.

4. Jeu du journaliste (30 min)

Les gens se regroupent en équipes de deux et discutent durant 5 min afin de mieux se connaître (ex.: loisirs, musique, vacances, type de travail, etc.). Chaque personne doit ensuite présenter brièvement la personne qu'elle a interviewé au groupe sans parler du TPA.

Ces activités visent à détendre l'atmosphère, permettre aux gens de faire connaissance et favoriser un début de cohésion dans le groupe.

5. Brève présentation du programme et établissement des règles de fonctionnement du groupe (10 min)

- Nombre et durée des rencontres: 7 rencontres individuelles et 7 en couple de plus ou moins 3h00 et quelques rencontres de suivi en individuel (post-test, relance après 6 mois)
- Exercices durant et entre les rencontres
- Importance de l'entraide et de développer un bon esprit de groupe.
- Règles de fonctionnement pour les rencontres de groupes (ex.: tabagisme, ponctualité, confidentialité, soutien, absence).

6. Présentation de l'information contenue dans les sections "Définition et développement du trouble panique avec agoraphobie" du manuel et discussion des points suivants:

- Définition et développement de l'agoraphobie
- La respiration normale et l'hyperventilation: apprendre à bien respirer

a) Description de l'agoraphobie (définition et critères) (20 min)

- physiologie
- pensées
- comportement
- fréquence
- effet sur la vie et l'entourage

b) Étiologie: (20 min)

- facteurs prédisposants (vulnérabilité biologique, influence familiale, traits généraux)
- facteurs précipitants (traumatismes, stressseurs psychosociaux, stressseurs chroniques)

c) Facteurs de maintien (20 min)

- attaques de panique
- facteurs cognitifs et comportementaux
- renforçateurs secondaires
- réaction en chaîne

Pause et rencontre des thérapeutes
(15 min)

7. Présentation de la technique de rééducation respiratoire (suivre les consignes des points 1 et 2 des pages 46 et 47 du manuel). Pratique de la technique. (40 min)
8. Remise du "Manuel de l'agoraphobe". Les pages 1-61 (parties 1 et 2 du manuel) du document doivent être lues pour la prochaine rencontre. Noter les points importants et les questions. Nous en discuterons lors de la prochaine rencontre.

Demander aux participants de répéter au cours de la prochaine semaine la technique de respiration 2 fois par jour durant 10 minutes chaque fois en commençant par le faire au repos (voir consignes point 2, pages 46) durant les trois premiers jours et sans utiliser les mains durant les quatre jours suivants (voir consignes point 3, page 47).

9. Remise et explication des calepins d'auto-observation.

10. Fixer le prochain rendez-vous une semaine plus tard.

N.B. : Il est préférable de rendre la présentation interactive. Les points peuvent être abordés en interrogeant les gens et en discutant avec eux, rectifiant ou clarifiant certains aspects au besoin. Certaines informations peuvent exiger une présentation plus structurée des thérapeutes. Ce point s'applique à toutes les rencontres. Il est préférable que les personnes formant chaque sous-groupe soient toujours les mêmes.

Après la rencontre:

1. Retour sur le déroulement de la rencontre et discussion de cas
2. Notes au dossier

RENCONTRE 2 (3h)

1. Discussion sur les exercices de respiration réalisés par chaque personne durant la semaine. Revoir avec eux le numéro 2. Vérifier s'ils le font correctement et s'ils ont rencontré des problèmes. Chacun doit refaire l'exercice devant les thérapeutes. Demander de le répéter devant vous sans utiliser ses mains (point 3 page 47 du manuel). Leur rappeler qu'ils peuvent maintenant utiliser cette nouvelle façon de respirer lors des situations de stress (voir point 4 page 47). Présenter les objectifs de la nouvelle façon de respirer (numéro 4 de l'exercice 1 du manuel). (15 min)

Il est probable que certains participants auront ressenti beaucoup d'anxiété en faisant cet exercice. On doit expliquer que cette réaction est parfaitement normale à cause de l'hypersensibilité à la respiration qui est caractéristique du trouble panique. Tenter de voir ce qui cause le problème: tentent de le faire trop vite ou trop lentement, peur des conséquences s'ils ne le font pas bien, sautent des étapes, difficulté à respirer par le ventre, etc.

2. Revenir sur les différentes sections de la partie 1 du manuel et demander s'il y a des questions. S'assurer que les aspects suivants concernant la démystification des symptômes et des peurs associées aux attaques de panique sont compris (45 min):

a) Un phénomène normal

- b) La fonction de l'anxiété et de la panique
 - c) Les systèmes nerveux
 - d) L'adrénaline et la noradrénaline
 - e) Les différentes craintes associées aux attaques de panique:
 - peur d'un arrêt cardiaque
 - peur d'étouffer
 - peur de s'évanouir
 - peur de perdre l'équilibre et de tomber
 - peur de devenir fou
 - peur de perdre le contrôle
 - f) Faire ressortir les mythes ou les aspects irréalistes de ces peurs.
 - g) Rôle de l'hyperventilation dans l'apparition de certains malaises associés à la panique et rationnel d'utilisation de la technique de respiration diaphragmatique
3. Présentation des stratégies de base à utiliser pour composer avec les attaques de panique afin de diminuer leur intensité et leur fréquence: (15 min)
- a) accepter les sensations
 - b) cesser de craindre le pire
 - c) attendre que la peur disparaisse
 - d) rester sur place

Pause et rencontre des thérapeutes
(15 min)

4. Présentation sur le rôle des pensées irrationnelles dans l'agoraphobie et description de la technique de restructuration cognitive selon ses trois étapes telles que décrites dans la deuxième partie du manuel. (60 min)

Présentation au tableau par les thérapeutes d'un ou deux exercices de restructuration cognitive. Examen de situations généralement évitées par les agoraphobes avec la participation des gens selon les 3 étapes.

- a) On demande aux participants de fournir des exemples de situations qu'ils ont identifiées dans les exercices faits à la maison afin d'identifier leurs pensées automatiques. Avec la participation du groupe, les différentes pensées automatiques associées à ces situations sont inscrites au tableau.

- b) On confronte ensuite ces pensées à la réalité en évaluant la probabilité réelle que les événements redoutés se produisent et les conséquences réelles de ces événements s'ils se produisaient effectivement (p. ex. perdre connaissance). Cette confrontation se fait à l'aide de différentes questions: Quelles sont les preuves? Est-ce si catastrophique si ça arrive? Y'a-t-il d'autres façons d'interpréter ce qui m'arrive?
 - c) Remplacer les pensées automatiques initiales par des pensées plus réalistes et constructives qui serviront d'auto-instructions en situation anxiogène.
- 5. Demander aux participants de faire deux ou trois exercices de restructuration des pensées automatiques à la maison à l'aide de la grille de restructuration cognitive. Pour ce faire, ils doivent imaginer quelques situations qui sont anxiogènes pour eux ou auxquelles ils ont été confrontés dernièrement et indiquer les émotions et les pensées automatiques que celles-ci provoquent. Ils devront par la suite confronter les pensées automatiques y étant reliées et les remplacer par des pensées plus réalistes et constructives.
- 6. Remise d'exemplaires de la grille de restructuration cognitive. Les gens doivent faire au moins deux exercices par semaine par écrit et rapporter les grilles complétées à la prochaine rencontre.
- 7. Demander de lire la partie 3 du manuel (S'exposer aux sensations physiques de la panique, p. 65-77) à lire pour la prochaine rencontre. Bien expliquer le rationnel et dire de ne pas s'inquiéter; les exercices vont se faire en respectant leur rythme et vous serez là pour les rassurer au besoin. Le but n'est pas de provoquer des attaques de panique, mais seulement des sensations désagréables afin d'apprendre à les apprivoiser.
- 8. Vérifier les calepins d'auto-observation et remplir le graphique de progrès.
- 9. Rappeler aux gens les différents exercices qu'ils doivent compléter au cours de la prochaine semaine: respiration, restructuration cognitive, lecture du texte sur l'exposition aux sensations physiques de la panique, p. 65-77) et ne pas oublier de remplir les calepins et de les rapporter à la prochaine rencontre.

Après la rencontre

1. Retour sur le déroulement de la rencontre et discussion de cas

RENCONTRE 3 (3h)

1. Bref retour sur la semaine: niveau d'anxiété et de panique, exercices de respiration et de restructuration cognitive. Vérifier si les participants ont eu l'occasion d'utiliser la technique de respiration dans des situations anxiogènes et quels ont été les résultats de ces tentatives. (15 min)
2. Présentation d'un autre exercice de restructuration cognitive au tableau par les thérapeutes afin de s'assurer de la compréhension de chacun. Cette fois-ci, on demande une implication encore plus active des participants. Ceux-ci doivent fournir un exemple de situation problématique issu des exercices effectués à la maison, énumérer des pensées automatiques et proposer des façons de confronter ces pensées à la réalité (p. ex. types de questions à poser et réponses concernant la probabilité et les conséquences reliées aux attaques de panique). (30 min)
3. Présentation de la technique d'exposition aux stimuli intéroceptifs de la panique telle que décrite dans la partie 3 du manuel: (45 min)
 - a) rationnel de cette nouvelle procédure: exposer le client aux sensations qu'il craint en dehors des situations redoutées afin de favoriser l'appropriation de ces sensations et de préparer à l'exposition in vivo
 - b) démonstration (brève) des exercices par un des thérapeutes qui décrit par la suite les sensations ressenties
 - c) description de la grille de cotation des exercices d'exposition aux sensations: intensité des sensations, degré de peur et degré de similitude - comment choisir des exercices pertinents aux difficultés de chacun

Pause et rencontre des thérapeutes
(15 min)

4. Travail en 2 sous-groupes (60 min)

En 2 sous-groupes, les participants exécutent les exercices ensemble et cotent ensuite les sensations ressenties dans la grille de cotation des exercices (exercice #3 du manuel). Chacun décrit ensuite ses réactions face à chaque exercice et indique s'il trouve cet exercice pertinent.

Choix des exercices qui seront répétés à la maison par chaque participant. On donne au client la consigne de commencer à pratiquer les 2 exercices les plus faciles parmi ceux jugés pertinents et de remplacer chaque exercice par un plus difficile lorsque le premier ne crée plus de peur. On remet aux participants des copies de la grille d'observation des répétitions (exercice #4 du manuel). Ces répétitions devraient se faire 2 fois par jour à tous les jours jusqu'à ce que tous les exercices sélectionnés sont exécutés sans peur. On encourage les

participants à utiliser la technique de respiration et la restructuration cognitive après avoir fait ces exercices

5. Problèmes potentiels:

- a) Le client a trop peur de faire les exercices pertinents car il craint de faire une attaque de panique. On doit insister sur le fait que la crainte du client face à ces exercices très simples démontre à quel point cette technique est nécessaire et utile. On souligne l'absence de danger relié à cette technique et aux sensations provoquées. Il est important que le client fasse les exercices à moins qu'une condition médicale les rende potentiellement dangereuses (p. ex. problème cardiaque, asthme, épilepsie). On peut aussi raccourcir le temps d'exposition en demandant au client d'augmenter graduellement la durée de l'exercice lorsqu'il se sent à l'aise.
 - b) Aucun des exercices suggérés dans le manuel ne correspond aux sensations redoutées par le client. Il est possible que le client n'ait pas peur car il se sent en sécurité et sait qu'il a le contrôle sur ces sensations. On demande alors au client de les pratiquer seul à la maison pour voir si sa peur sera plus grande. On tente aussi d'inventer d'autres exercices qui provoquent des symptômes que le client redoute (p. ex. être dans un endroit surchauffé, se pencher la tête vers l'arrière, etc.).
6. Remise de nouvelles grilles de restructuration cognitive. On demande à chacun d'effectuer deux exercices de restructuration cognitive par écrit à la maison selon les 3 étapes. Ceux-ci seront vérifiés lors de la prochaine rencontre et de nouvelles explications seront données si certains éprouvent des difficultés. Nous encourageons l'application de la technique en milieu naturel.
 7. On demande de lire la partie 4 du manuel (S'exposer aux activités naturelles provoquant les sensations redoutées, p. 81-98).
 8. Vérifier les calepins d'auto-observation et remplir le graphique de progrès.

Après la rencontre:

1. Retour sur le déroulement de la rencontre et discussion de cas

RENCONTRE 4 (3h)

1. Bref retour sur la semaine: niveau d'anxiété et de panique, utilisation des techniques de respiration et de restructuration cognitive en milieu naturel, exercices d'exposition aux sensations de la panique. (30 min)
2. Présentation des techniques d'exposition aux activités naturelles et aux situations problématiques généralement évitées: (45 min)
 - a) rationnel de l'exposition graduée et prolongée
 - b) importance de dresser une hiérarchie d'exposition par petites étapes progressives: distance, durée, accompagné ou non, jour-soir, heures d'achalandage - heures non achalandées, etc. (exercice #6)
 - c) importance de la pratique régulière afin de maintenir les progrès: fréquence et durée idéale des exercices
 - d) intégration des activités naturelles à la liste de situations à affronter: danse, sport, endroits surchauffés, prendre un bain ou une douche, avoir une relation sexuelle, etc. (exercice #5)
3. Description des modalités d'exposition: (15 min)
 - a) 5 exercices d'exposition dans le cadre des prochaines rencontres qui peuvent se faire seul, accompagné d'autres participants ou des thérapeutes, selon le niveau de difficulté de l'exercice choisi
 - b) pratique régulière entre les rencontres, seul ou accompagné, selon le niveau de difficulté: pratiquer soit les exercices effectués durant les rencontres afin de maintenir ses acquis et diminuer progressivement le niveau d'anxiété ressenti, soit de nouveaux exercices

Pause et rencontre des thérapeutes
(15 min)

4. Travail en 2 sous-groupes (60 min)

Chaque participant dresse une liste des situations qu'il aimerait affronter au cours des prochaines semaines et évalue le niveau de difficulté en pourcentage. Ces situations sont ensuite retranscrites au propre par ordre de difficulté dans une grille préparée à cet effet. Chaque situation est ensuite décomposée en étapes progressives selon la façon dont le client devrait s'y exposer. Le nombre d'étapes varie selon le degré de difficulté de l'exercice et selon la sévérité de l'agoraphobie du client. Il est possible que certaines situations ne nécessitent pas d'étapes progressives.

5. Vérification des hiérarchies par le thérapeute et planification des exercices que chaque participant aimerait tenter au cours de la prochaine semaine et lors de la prochaine rencontre. Pour la première semaine d'exposition, on demande au client de pratiquer au moins deux exercices différents qui sont à peu près du même niveau de difficulté ou un seul exercice de façon quotidienne. L'exposition répétée et prolongée est encouragée. Souligner l'importance d'utiliser les principes et techniques appris jusqu'à maintenant: accepter les sensations, ne pas craindre le pire, attendre que la peur disparaisse, rester sur place, respirer lentement et profondément et utiliser la restructuration cognitive.
6. Distribuer à chacun plusieurs copies de la grille d'observation des exercices d'exposition aux situations problématiques généralement évitées. Les participants devront la remplir à chaque jour après leurs exercices d'exposition et l'apporter avec eux à chaque rencontre.
7. Vérifier les calepins d'auto-observation et remplir le graphique de progrès.
8. L'hiver, demander aux participants de s'habiller chaudement lors de la prochaine rencontre puisqu'on fera un exercice d'exposition à l'extérieur.

Après la rencontre

1. Retour sur le déroulement de la rencontre et discussion de cas
2. Notes au dossier

5^e et 6^e RENCONTRES (3h)

1. Retour sur la dernière semaine: niveau d'anxiété et de panique, vérifier les calepins d'auto-observation et remplir le graphique de progrès.
2. En faisant un tour de table, chacun décrit les exercices d'exposition effectués au cours de la dernière semaine en se basant sur ses grilles d'observation, parle de ses réussites et des problèmes rencontrés. Si le client a fui ou évité une situation, ou si une attaque de panique s'est produite, les thérapeutes et les autres participants tentent de trouver ce qui peut expliquer les difficultés et qui devrait être corrigé lors des exercices suivants (p. ex. exercice trop difficile-tente de brûler des étapes, maintient des croyances irrationnelles concernant ses symptômes de panique, ne reste pas assez longtemps dans la situation, fuit immédiatement, etc.).

3. On insiste sur l'utilisation, pendant les exercices d'exposition, des informations et des techniques apprises lors des rencontres précédentes: démystification des symptômes de la panique et leurs conséquences, respiration, restructuration cognitive.
4. Chacun choisit un exercice d'exposition qui sera fait au cours de la rencontre, soit seul, en dyade ou en groupe. L'exercice doit être assez difficile pour chacun tout en respectant sa hiérarchie d'exposition.

Pause et rencontre des thérapeutes
(15 min)

5. Exercice d'exposition seul ou en petit groupe, assisté ou non d'un des thérapeutes (90 min)
6. Retour sur l'exercice d'exposition à la clinique. Chacun témoigne de son expérience en groupe (15 min). Si des difficultés ont été rencontrées, on fait des suggestions afin de faciliter les prochains exercices.
7. On demande aux participants de lire la partie 5 du manuel pour la prochaine rencontre (p. 101-104).

Après la rencontre

1. Retour sur le déroulement de la rencontre et discussion de cas
2. Notes au dossier à la 5^{ème} rencontre

7e RENCONTRE (3h)

1. Retour sur la dernière semaine: niveau d'anxiété et de panique, exercices d'exposition effectués, problèmes rencontrés, etc. (15 min)
2. Retour sur la partie 5 du manuel: attitude à adopter et techniques à utiliser afin de maintenir ses acquis et de continuer les progrès. Encouragement à poursuivre la démarche entreprise, surtout les exercices d'exposition, malgré l'absence d'encadrement. (15 min)
3. Bilan de la thérapie: tour de table portant sur les progrès accomplis, appréciation de la thérapie, identification des objectifs à long terme, suggestions afin d'améliorer la thérapie de groupe, etc. (60 min)

On tente d'identifier pour chaque participant les principes ou les techniques qui lui restent à maîtriser afin de continuer à progresser. Souligner les concepts qui semblent les moins bien compris pour chaque client, les pensées et les comportements à modifier.

Pause et rencontre des thérapeutes
(15 min)

4. Préparation à la seconde partie du traitement. S'assurer de la présence du conjoint pour les 7 prochaines rencontres.
5. Remise du Manuel pour le couple. On demande aux deux conjoints de lire les parties 1 à 3
(Principes de la communication, habiletés de l'émetteur et technique de l'émetteur/récepteur).
6. Vérification des calepins d'auto-observation et cotation dans le graphique de progrès. Nous leur demandons de poursuivre leurs auto-observations jusqu'à la fin du traitement.

Après la rencontre

1. Retour sur le déroulement de la rencontre et discussion de cas

APPENDICE H

ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES DEUX ARTICLES

-----Original Message-----

From: Journal of Anxiety Disorders [mailto:londerec@pacificu.edu]

Sent: June 29, 2008 4:39 PM

To: ghassan.elbaalbaki@videotron.ca;

Subject: Submission Confirmation

Dear Mr Ghassan El-Baalbaki,

We have received your article "Marital Interactions Predict Panic Disorder with Agoraphobia Symptom Severity" for consideration for publication in Journal of Anxiety Disorders.

Your manuscript will be given a reference number once an editor has been assigned.

-----Original Message-----

From: Journal of Anxiety Disorders [mailto:londerec@pacificu.edu]

Sent: July 2, 2008 6:06 PM

To: ghassan.elbaalbaki@videotron.ca; ghasba@yahoo.com

Subject: A manuscript number has been assigned: ANXDIS-D-08-00157

Ms. Ref. No.: ANXDIS-D-08-00157

Title: Marital Interactions Predict Panic Disorder with Agoraphobia Symptom Severity
Journal of Anxiety Disorders

Dear Mr Ghassan El-Baalbaki,

Your submission "Marital Interactions Predict Panic Disorder with Agoraphobia Symptom Severity" has been assigned manuscript number ANXDIS-D-08-00157.

From: onbehalf@scholarone.com [mailto:onbehalf@scholarone.com] On Behalf Of
P.M.G.Emmelkamp@uva.nl
Sent: July 9, 2008 11:06 AM
To: ghassan.elbaalbaki@videotron.ca; belanger.claude@uqam.ca
Subject: Clinical Psychology & Psychotherapy - Manuscript number CPP-0001

09-Jul-2008

Dear Dr. El-Baalbaki,

Your manuscript entitled "Marital Interactions in Predicting Treatment Outcome in Panic Disorder with Agoraphobia" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Clinical Psychology & Psychotherapy.

Your manuscript number is CPP-0001. Please mention this number in all future correspondence regarding this submission.

You can view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging into <http://mc.manuscriptcentral.com/cpp> . If you have difficulty using this site, please click the 'Get Help Now' link at the top right corner of the site.

Thank you for submitting your manuscript to Clinical Psychology & Psychotherapy.

Sincerely,

Clinical Psychology & Psychotherapy Editorial Office